

Statuant immédiatement à huis clos, le Tribunal retient ce qui suit:

EN FAIT:

1. La demanderesse A Compagnie d'Assurances est une société anonyme, dont le siège est à Lausanne. Elle a notamment pour but les opérations d'assurance et de réassurance autre que les assurances directes vie, sans limitation géographique.

Y est assuré auprès de la demanderesse, selon la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (ci-après : LAA), contre les accidents professionnels et non professionnels, ainsi que les maladies professionnelles, et bénéficie également auprès de cette caisse d'une assurance collective accidents complémentaire selon la loi fédérale sur le contrat d'assurance (ci-après LCA) en vigueur depuis le 24 janvier 2003, au titre de son activité salariée au service de l'entreprise Z.

La police d'assurance obligatoire collective accidents selon la LAA du 20 octobre 2003 de la demanderesse prévoit notamment ce qui suit :

« **Risques assurés** : Les accidents professionnels, les accidents non-professionnels (à la condition que le travailleur soit occupé au moins 8 heures par semaine chez le même employeur) et les maladies professionnelles.

Prestations assurées : Aperçu des prestations selon la LAA.

Prestations en espèces en % du salaire assuré

Indemnité journalière dès le 3^{ème} jour 80% (au max.)
qui suit celui de l'accident

Rente d'invalidité 80% (au max.)
En cas de diminution permanente ou de
Longue durée de la capacité de gain

Indemnité pour atteinte à l'intégrité

Allocation pour impotent

Rente de survivants
(...)

Prestations pour soins et remboursement de frais

Traitement médical en Suisse

Traitement médical à l'étranger

(...).

Salaire maximum assuré : Fr. 106'800.- par personne et par an.

(...) ».

Les Conditions Générales (CGA) de l'assurance collective accidents complémentaire LAA de la demanderesse prévoient notamment ce qui suit :

« 1. Personnes assurées

1.1. Principe

Sont assurées les personnes qui sont désignées dans la police et sont soumises à titre obligatoire à l'assurance accidents selon la LAA. La désignation peut se faire avec ou sans indication des noms.

(...)

3. Système d'assurance

3.1. Système

L'assurance peut être conclue d'après le système des salaires ou d'après le système à la tête.

3.2. Prestations et primes

Dans le système des salaires, les sommes d'assurance et les primes se calculent en fonction des salaires. Dans le système à la tête, des montants fixes sont convenus pour les sommes d'assurance et les primes.

4. Accidents assurés

4.1. Accidents professionnels et non professionnels

L'assurance s'étend aux accidents professionnels, aux accidents non professionnels et aux maladies professionnelles selon la Loi fédérale sur l'assurance accidents (LAA), qui surviennent (accidents professionnels et non professionnels) respectivement sont causés (maladie professionnelles) pendant la durée de validité de la présente assurance complémentaire.

(...)

10. Indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire de travail

10.1. Principe

En cas d'incapacité temporaire totale de travail constatée par le médecin, A verse, pour chaque jour de l'année, l'indemnité journalière convenue, pour autant que l'assuré ait droit à une indemnité journalière de l'assurance accidents selon la LAA, l'assurance militaire fédérale ou l'assurance invalidité fédérale.

10.2. Incapacité partielle

En cas d'incapacité partielle de travail, l'indemnité journalière est réduite d'un montant correspondant au degré de la capacité de travail.

10.3. Délai d'attente

Aucune prestation n'est versée pour le jour de l'accident. Si un délai d'attente a été convenu, il commence à courir le jour qui suit celui de l'accident. Pour le calcul du délai d'attente, les jours d'incapacité de travail totale ou partielle sont comptés comme jours entiers.

10.4. Surassurance

Si l'assuré a également droit à des prestations de l'assurance militaire fédérale, de l'assurance invalidité fédérale, d'institutions étrangères similaires, de toute autre assurance perte de gain ou si un tiers responsable ou son assureur a déjà versé des prestations pour perte de gain, A ne paie, en assurance selon le système des salaires, que la part de perte de gain non indemnisée, mais au maximum les prestations assurées sur la base du présent contrat. Si A est appelée à répondre en lieu et place du responsable, l'assuré est tenu de lui céder ses droits jusqu'à concurrence du montant payé par elle.

10.5. Lorsque l'indemnité journalière est garantie par plusieurs assurances conclues auprès d'assureurs concessionnaires, d'après le système des salaires, la perte de salaire n'est indemnisée qu'une fois en totalité. A n'interviendra que dans la proportion existant entre les prestations assurées et par elle et le montant total des prestations garanties par tous les assureurs.

(...)

14. Calcul des prestations dans l'assurance selon le système des salaires

14.1. Principe du calcul

Les sommes d'assurance sont calculées sur la base du revenu soumis à l'AVS et réalisé dans l'entreprise assurée, ainsi que des allocations familiales versées au titre d'allocations pour enfants ou d'allocations de formation ou de ménage. Les salaires ou parts de salaires non soumis aux cotisations de l'AVS à cause de l'âge de l'assuré sont également considérés comme revenu.

Si, dans la police, un salaire fixe est mentionné pour des personnes déterminées, le montant y relatif est seul déterminant pour la fixation des prestations.

Le salaire annuel AVS pris en considération pour chaque personne s'élève à Fr. 300'000.- au maximum par personne.

(...) ».

X, défendeur, et Y étaient, en 2004 à tout le moins, des membres actifs du club nautique de ...

2. Y a déposé plainte pénale contre X, lequel a été renvoyé devant le Tribunal de police de l'arrondissement de la Côte par ordonnance de renvoi du 12 janvier 2005. Le défendeur a été jugé par le Tribunal précité le 13 avril 2005. Par jugement du même jour, le Tribunal de police a notamment condamné le défendeur pour lésions corporelles de peu de gravité à 500 fr. d'amende avec délai d'épreuve et de radiation de deux ans et au paiement d'une part des frais par 600 fr., le solde demeurant à la charge de l'Etat (I), et donné acte à Y de ses réserves civiles (II). Le Tribunal de police a notamment retenu ce qui suit :

« (...)

2. L'ordonnance de renvoi rendue le 12 janvier 2005 par le Juge d'instruction de l'arrondissement de La Côte a la teneur suivante :

« Le 17 juin 2004, vers 21h00, à ..., à la buvette du port, l'accusé X a asséné trois coups de poing, deux dans la face, sur le nez et sur les yeux, et sur la nuque de Y, lequel réalisant ce qui lui arrivait à son tour donné deux coups de poing à X. Y a souffert de symptômes de stress post traumatique avec anxiété, d'idées obsédantes, de troubles de la concentration et de troubles du sommeil (P. 11, certificat médical du Dr E). »

3. Les faits sont admis et il est de fait que les lunettes que portait le plaignant ont été cassées, ce qui a pu occasionner non seulement la douleur consécutive aux coups, mais éventuellement une blessure, soit une écorchure où une coupure. Le dossier ne comporte pas de certificat attestant de séquelles physiques. Il y a en revanche un certificat du 26 septembre 2004 du Dr. F (pièce 10), dont il résulte en substance que le plaignant avait déjà subi divers traumatismes crânio-cérébraux qui l'ont rendu plus fragile au niveau des atteintes à la tête ; ceci est d'ailleurs confirmé par le témoin O, ami d'enfance de l'accusé. Il y a en outre le certificat médical précité du psychiatre E. Le plaignant a exposé qu'il devait revoir le psychiatre dans quelques mois pour voir si des séquelles subsistaient.

Les faits sont constitutifs de lésions corporelles simples de peu de gravité au sens de l'article 123 ch. 1 al. 2 CP. L'affaire est compliquée, au niveau civil, par le montant des prestations de A Assurances totalisant fr. 43'827.50, selon courrier de cet assureur à l'accusé du 13 octobre 2004 (pièce 9). On apprend à cette audience qu'une poursuite a été intentée, frappée d'opposition. Il est de fait également que le plaignant dit avoir beaucoup souffert, notamment au niveau des troubles de la concentration, de l'algarade de ce 17 juin 2004. Il faut encore relever que l'on apprend également à l'audience, s'agissant de la réparation au niveau civil, qu'une facture relative aux lunettes cassées présentée par le plaignant à l'accusé, d'un montant d'un ordre de grandeur de fr. 1'600.-, a été honorée par l'accusé, après un rappel. Tout ceci posé, il y aura lieu de donner acte de ses réserves civiles au plaignant, suivant en cela les conclusions de ce dernier.

4. L'affaire doit être replacée, en tous cas au niveau pénal, dans un contexte de gravité faible, même si l'on ne conteste pas l'inconfort enduré par le plaignant, résultant sans doute également de l'état préexistant de celui-ci. Y a indiqué à l'audience qu'il avait déjà eu des accidents l'ayant touché à la tête et notamment un grave accident de ski.

Une amende sanctionnera de manière adéquate un comportement qui n'est sans doute pas admissible. A la décharge de l'accusé, on indiquera, outre la consommation de quelques boissons alcoolisées par les différentes personnes présentes, le fait que la discussion ayant mis le feu aux poudres semble avoir eu pour sujet la fille aînée de l'accusé, et que des propos tenus par le plaignant ont été mal compris ou mal ressentis par l'accusé. On doit également relever que l'accusé avait écrit au plaignant le 24 juin 2004 pour exprimer ses regrets ; la formulation de cet écrit (cf. pièce 4 annexe à la plainte) n'a pas convenu au plaignant et les choses se sont ensuite envenimées, notamment avec des courriers d'avocats. D'un point de vue objectif, et même si l'accusé parle aussi de lui dans cet écrit, on peut interpréter ce dernier comme une lettre d'excuse. Quoi qu'il en soit, c'est une amende de quotité usuelle, soit ici un montant de fr. 500.-, qui doit être infligée.

(...) ».

3. Selon les inscriptions du Dr. F sur la feuille-accident LAA, Y a présenté une incapacité de travail suite à l'accident intervenu en date du 17 juin 2004 de 100% dès le 17 juin 2004, puis de 75% dès le 5 juillet 2004, de 50% dès le 12 juillet 2004, de 25% dès le 23 août 2004, avec une reprise totale du travail le 1^{er} octobre 2004.

Y et P, amie du défendeur également entendue en qualité de témoin, ont déclaré que le 10 juillet 2004, à la suite d'une régata, un repas, suivi d'une soirée a eu lieu au club nautique de ... Au cours de cette soirée, les deux témoins ont dansé ensemble sur de la musique des années 60, alors que Y était en incapacité de travail.

Il ressort de la déclaration d'accident LAA remplie le 14 juillet 2004 par l'employeur de Y, soit Z, que la nature des lésions consiste en des coupures au nez, des nausées, évanouissement, angoisse, etc. Les premiers soins ont été donnés par le blessé lui-même à la maison et il a ensuite été traité par un physiothérapeute G, par le Dr F à Gland et par le Dr E, FMH psychiatre et psychothérapie, ... Il est en outre indiqué que le salaire de base annuel brut de Y s'élève à 328'740 fr, y compris environ 50'000 fr. de treizième salaire.

Le 7 septembre 2004, le Dr E a établi un rapport médical complémentaire destiné à la demanderesse et dont le contenu est notamment le suivant :

« (...) J'ai vu l'intéressé à deux reprises (le 23.6 et le 6.7.2004) suite à cette agression. Il présentait alors des symptômes de stress post-traumatique (anxiété, idées obsédantes, troubles de la concentration, troubles du sommeil, etc...) Je lui ai prescrit du BUSPAR + NOOTROPIL. En ce qui concerne l'évaluation de sa capacité de travail, c'est le Dr F de Gland qui s'en est chargé, dans la mesure où j'ai fermé mon cabinet du 17.7 au 5.9.2004. Il est toutefois évident que suite à l'agression dont il a été victime, Y était en incapacité de travail à 100% pendant au moins une dizaine de jours. Je l'ai revu aujourd'hui et l'évolution est favorable.

En ce qui me concerne, les consultations du 23.6 et du 6.7 ont été rendues nécessaire par l'agression. (...) ».

Le défendeur allègue que Y présentait une prédisposition constitutionnelle suite aux accidents l'ayant touché à la tête, et notamment un grave accident de ski, qui a influé sur le dommage.

Y, entendu en qualité de témoin, a reconnu avoir eu plusieurs accidents ayant entraîné des problèmes de nuque, mais que l'agression du 17 juin 2004 avait surtout laissé des séquelles psychologiques.

4. a) Le 13 octobre 2004, la demanderesse a adressé à Z les décomptes des prestations liées à l'accident non professionnel du 17 juin 2004 survenu à l'assuré Y et dont elle demande maintenant le remboursement au défendeur, à savoir 11'944 fr. 30 au titre de l'assurance accidents obligatoire et 31'623 fr. 90 en relation avec l'assurance accidents complémentaire LAA, ainsi libellés :

« (...)

Nous avons le plaisir de vous communiquer le décompte des prestations de l'assurance accidents obligatoire :

<u>Incapacité temporaire de travail</u>	Délai d'attente : 2 jours	
100% du 20.06.2004 au 04.07.2004 =	15 j. à Fr. 234.10 = Fr.	3'511.50
75% du 05.07.2004 au 11.07.2004 =	7 j. à Fr. 175.60 = Fr.	1'229.20
50% du 12.07.2004 au 22.08.2004 =	42 j. à Fr. 117.10 = Fr.	4'918.20

25% du 23.08.2004 au 30.09.2004 =	39 j. à Fr. 58.60 = Fr.	<u>5'733.00</u>
	Fr.	11'944.30

(...) ».

« (...)

Nous avons le plaisir de vous communiquer le décompte des prestations complémentaires LAA :

Incapacité temporaire de travail

100% du 18.06.2004 au 19.06.2004 =	2 j. à Fr. 821.90 = Fr.	1'643.80
100% du 20.06.2004 au 04.07.2004 =	15 j. à Fr. 587.80 = Fr.	8'817.00
75% du 05.07.2004 au 11.07.2004 =	7 j. à Fr. 440.90 = Fr.	3'086.30
50% du 12.07.2004 au 22.08.2004 =	42 j. à Fr. 293.90 = Fr.	12'343.80
25% du 23.08.2004 au 30.09.2004 =	39 j. à Fr. 147.00 = Fr.	<u>5'733.00</u>
	Fr.	31'623.90

(...) ».

Il est en outre précisé que ces sommes seront versées sur le compte bancaire 228-E0116041.0.

La demanderesse a par ailleurs reçu une note d'honoraires du 6 septembre 2004 du Dr E s'élevant à 35 fr. 50 pour un rapport médical, et une note d'honoraires du 21 septembre 2004 du Dr F s'élevant à 223 fr. 80 pour des soins médicaux, dont elle réclame également le remboursement. La note d'honoraires du Dr F était accompagnée d'un bulletin de versement.

b) La demanderesse a fait notifier au défendeur le 13 avril 2005 un commandement de payer la somme de 43'827 fr, plus intérêt à 5% du 13 octobre 2004, la somme de 20 fr. et la somme de 40 fr., ainsi que les frais du commandement de payer par 100 fr. et ceux d'encaissement par 219 fr. 45, dans le cadre de la poursuite ordinaire par voie de saisie ou de faillite no 4035114 de l'Office des poursuites de Nyon-Rolle. Le défendeur a fait opposition totale. Un commandement de payer a encore été notifié le 13 avril 2006 dans la poursuite n° 4060659, auquel le défendeur a également fait opposition totale.

5. Le 7 avril 2006, le Dr H a envoyé au Dr I, médecin-conseil de la demanderesse le courrier suivant :

« (...) Monsieur et cher Confrère,

Ayant repris la patientèle du Dr P en octobre 2004, je me permets de répondre à vos questions :

1. Le patient aurait été agressé le 17 juin 2004 par un ami qui lui aurait donné plusieurs coups de poings sur le front et la nuque, lui cassant ainsi ses lunettes. Ensuite, Y a présenté des troubles psychologiques sous forme de cauchemars, de flash durant la journée et des difficultés de concentration.

2. Il n'y a pas eu de lésion objectivée par un médecin, ni de bilan radiologique à ma connaissance. Par contre un suivi psychologique chez le Dr E ainsi qu'un traitement anxiolytique (buspar, Deroxat, Nootropil) a été prescrit.

3. L'arrêt de travail à 100% a commencé le 17 juin 2004 jusqu'au 4 juillet 2004, le patient a repris une activité à 25% dès le 5 juillet puis à 50% dès le 12 juillet et dès le 23 août il reprenait une activité à 75% et puis une activité complète à partir du 1^{er} octobre 2004.

(...) ».

6. Par demande du 19 septembre 2006, A compagnie d'assurances SA a pris, avec suite de frais et dépens, les conclusions suivantes:

"I. Dire que X est son débiteur et lui doit paiement immédiat de la somme de CHF 43'827.50, plus intérêt 5% dès le 13 octobre 2004.

II. Dire que l'opposition au Commandement de payer 4060659, notifié au défendeur le 13 avril 2006 est levée à due concurrence".

Par réponse du 24 avril 2007, X a pris, avec suite de frais et dépens, les conclusions suivantes :

"I. Les conclusions prises par A Compagnie d'Assurances SA à l'encontre de X par demande du 19 septembre 2006 sont rejetées."

"II. L'opposition au commandement de payer 4060659 notifié au défendeur le 13 avril 2006 est définitivement maintenue".

EN DROIT:

1. a) La demanderesse réclame au défendeur la somme de 48'827 fr. 50 plus intérêt à 5% dès le 13 octobre 2004, soit un montant de 11'944 fr.30 de perte de gain, et des montants de 223 fr. 80 et de 35 fr.50 pour frais médicaux, au titre de l'assurance accident de base, et un montant de 31'623 fr. 90 de perte de gain au titre de l'assurance accidents complémentaire.

Le défendeur conteste devoir quoi que ce soit à la demanderesse.

b) Il convient tout d'abord de distinguer l'assurance accident de base, régie par la LAA et par la LPGA (chiffres 2, 3 et 4 ci-dessous), de l'assurance accident complémentaire, régie par la LCA (chiffre 5 ci-dessous).

2. a) Le chapitre de la LAA concernant le recours contre le tiers responsable a été abrogé à l'exception de l'article 42 LAA modifié. Ce principe est maintenant énoncé aux articles 72 et suivants de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 (LPGA), qui concernent avant tout la coordination entre les assurances sociales et le tiers responsable de l'événement dommageable ou son assurance.

L'article 72 alinéa 1 LPGA (subrogation) dispose que dès la survenance de l'événement dommageable, l'assureur est subrogé, jusqu'à concurrence des prestations légales, aux droits de l'assuré et de ses survivants contre tout tiers responsable. La personne lésée peut dès lors réclamer au tiers responsable ou à son assurance la réparation du dommage non couvert par l'assurance sociale. Quant à l'assureur social, il acquiert dès la survenance de l'atteinte les prétentions appartenant à la personne lésée qu'il a indemnisée. (FRÉSARD-FELLEY, Aspects de la coordination de l'assurance sociale et de la responsabilité civile, in La fixation de l'indemnité, Berne 2004, p. 137). En d'autres termes, les prestations couvertes par les assurances sociales sont déduites du dommage que le lésé peut réclamer au responsable ou à son assureur (SCHAETZLE/WEBER, Manuel de capitalisation, 5e éd. 2001, p. 388 no 3.168 s.). Ce mécanisme permet notamment d'éviter une surindemnisation du lésé (ATF 131 III 12, traduit in SJ 2005 I p. 113, consid. 7.1).

Aux termes de l'article 73 alinéa 1 LPGA, l'assureur n'est subrogé aux droits de l'assuré et de ses survivants que dans la mesure où les prestations qu'il alloue, jointes à la réparation due pour la même période par le tiers responsable, excèdent le dommage causé par celui-ci; Il s'agit du droit préférentiel de la personne lésée. Si la quotité selon laquelle le responsable est tenu de réparer le dommage est diminuée pour un quelconque motif, par exemple parce que le lésé doit répondre d'une faute personnelle, les assurances sociales peuvent seulement exiger le montant qui reste une fois que l'ensemble du dommage direct a été couvert (sauf si les prestations ont été réduites en raison d'une faute intentionnelle de l'ayant droit). Le montant restant est réparti proportionnellement entre les assureurs subrogés.

L'article 73 alinéa 2 LPGA dispose que si l'assureur social a réduit ses prestations au sens de l'article 21, alinéa 1 ou 2, les droits de l'assuré ou de ses survivants passent à l'assureur dans la mesure où les prestations non réduites, jointes à la réparation due pour la même période par le tiers, excèdent le montant du dommage. Il s'agit du droit préférentiel partiel ou pondéré du lésé. Cette solution implique de prendre comme base de calcul les prestations maximales (c'est-à-dire non réduites) de l'assureur social et non les prestations qui, ayant fait l'objet d'une réduction, ont effectivement été allouées (FRÉSARD-FELLEY, op. cit., p. 153).

Selon l'article 73 alinéa 3 LPGA, les droits qui ne passent pas à l'assureur restent acquis à l'assuré ou à ses survivants; si seule une partie de l'indemnité due par le tiers responsable peut être récupérée, l'assuré ou ses survivants ont un droit préférentiel sur cette partie. Il s'agit du droit de préférence qui intervient lorsqu'une somme de couverture limitée existe dans l'assurance responsabilité civile. Il existe un droit prioritaire de la personne lésée pour le dommage direct, jusqu'à couverture de celui-ci à 100%. La partie restante est là encore répartie entre les assurances sociales subrogées.

b) La subrogation suppose que l'assureur social couvre, par ses prestations, un dommage similaire aux prétentions en responsabilité que peut faire valoir le lésé. En d'autres termes, il faut qu'il existe non seulement une concordance au niveau de l'événement dommageable, mais aussi une concordance temporelle et fonctionnelle (matérielle) entre les prestations sociales et le dommage dont la réparation est demandée sur le plan civil (Kongruenzgrundsatz; ATF 131 III 12, traduit in SJ 2005 I p. 113, consid. 7.2-7.4; ATF 126 III 41 consid. 2; ATF 124 III 222 consid. 3 p. 225). Une concordance fonctionnelle (ou matérielle) est réalisée lorsque la prestation de l'assurance sociale et celle du responsable sur le plan civil ont, d'un point de vue économique, une nature et une fonction correspondante (arrêt du Tribunal fédéral du 1er mars 2005, 4C. 383/2004 et les références citées). Il y a concordance temporelle lorsque la prestation de l'assurance

sociale est effectuée pour le même laps de temps que celui dans lequel subsiste un dommage devant être réparé par le tiers civilement responsable (FRÉSARD-FELLEY, op. cit., p. 142 ss, ATF 126 III 41, JdT 2000 I pp. 367ss et 444ss).

Pour le surplus, l'entrée en vigueur de la LPGA n'a pas modifié les définitions topiques et la jurisprudence rendue sous l'empire de l'ancienne loi est ainsi toujours applicable.

c) La demanderesse agit contre le tiers responsable X en réparation du dommage découlant de l'altercation du 17 juin 2004. En l'occurrence, le lésé Y a obtenu acte de ses réserves civiles contre le défendeur. Dès lors, la créance en réparation que Y avait à l'encontre du défendeur a été cédée à A Assurances, en vertu de la subrogation légale de l'assureur.

3. La subrogation n'étant possible que si l'assureur social a, par ses prestations, couvert un dommage similaire aux prétentions en responsabilité que peut faire valoir le lésé, il convient de déterminer dans quelle mesure la responsabilité civile du défendeur, tiers responsable, est engagée. A défaut de règles spéciales, ce sont les articles 41 et suivants CO qui s'appliquent.

a) Une personne ne peut être tenue de réparer le dommage qu'elle a causé que si elle a agi de manière illicite ou contraire aux mœurs. Selon la jurisprudence, un comportement est illicite s'il est contraire à un devoir légal général, soit parce qu'il enfreint une injonction ou une interdiction écrite ou non écrite de l'ordre légal destinée à protéger le bien juridique atteint (arrêt du Tribunal fédéral du 27 novembre 2001 dans la cause 4C. 229/2000 cons. 3a; arrêt du Tribunal fédéral du 6 juin 2000 dans la cause 4C. 331/1997 cons. 4a; ATF124 III 297 cons. 5b, JT 1999 I 268). L'illicéité saisit le résultat de l'acte ou de l'omission (Engel, Traité des obligations en droit suisse, 2ème éd., p. 452). Les intérêts directement protégés par le droit sont ceux que défendent les droits absolus, c'est-à-dire ceux qui sont opposables à chacun; il s'agit avant tout des droits de la personnalité (art. 28 CC), qui comprennent notamment le droit à la vie et à l'intégrité corporelle (ATF 112 II 118 cons. 5e, JT 1986 I 506; ATF 113 Ib 420 cons. 2, JT 1989 I 26; ATF 117 Ib 197 cons. 2a, JT 1992 I 214; Deschenaux/Tercier, La responsabilité civile, 2ème éd., p. 71). Une atteinte à l'un de ces droits est d'emblée considérée comme illicite (Misteli, op. cit., p. 75; Nicod, Le concept de l'illicéité civile à la lumière des doctrines françaises et suisses, thèse, Lausanne 1988, p. 117).

En l'espèce, le 17 juin 2004, le défendeur X

a asséné trois

coups de poing, deux dans la face, sur le nez et sur les yeux, et sur la nuque de Y.

Par jugement du Tribunal de police de l'arrondissement de la Côte du 13 avril 2005, le défendeur a été condamné pour lésions corporelles simples de peu de gravité. Ces faits sont constitutifs d'un acte illicite.

b) La faute est définie généralement comme un manquement de la volonté au devoir imposé par l'ordre juridique, d'un manquement à la diligence due. Pour qu'un acte soit imputable à la faute, il faut que la personne concernée ait la capacité de discernement. La capacité de discernement est en principe présumée (Deschenaux/Tercier, op. cit., n. 7 pp. 79-80; Werro, Commentaire romand, n. 94 ad art. 41 CO).

Il n'est pas allégué ni même établi que le défendeur ait été dépourvu de discernement lorsqu'il a tapé Y. Ce comportement lui est imputable à faute. Cette condition est remplie.

c) Le défendeur soutient que la demanderesse a versé ses prestations à tort, Y ayant recouvré sa capacité de gain dès le 10 juillet 2004 lorsqu'il a participé à une soirée dansante. Il incomberait à la demanderesse de prouver qu'elle a indemnisé le lésé Y en ayant réellement l'obligation de le faire à concurrence du montant qu'elle affirme avoir effectivement payé.

Le dommage juridiquement reconnu correspond à la différence entre le montant actuel du patrimoine du lésé et le montant que celui-ci aurait atteint si l'événement dommageable ne s'était pas produit. Il y a donc lieu de déterminer l'étendue du préjudice subi par le lésé sur la base de la LAA.

cc) Selon l'article 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1^{er}). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2).

En l'espèce, l'incapacité de travail de Y suite à l'agression du 17 juin 2004, a été attestée par un médecin, le Dr. F spécialiste FMH médecine interne et également approuvée par le Dr. E, FMH psychiatrie et psychothérapie. La feuille-accident LAA remplie par le Dr. F indique que Y a été

en incapacité de travail à 100% dès le 17 juin 2004, puis à 75% dès le 5 juillet 2004, à 50% dès le 12 juillet 2004, à 25% dès le 23 août 2004, avec une reprise totale du travail le 1^{er} octobre 2004. Ces taux d'incapacité de travail sont confirmés par le Dr. H, dans un courrier qu'elle a adressé le 7 avril 2006 au médecin-conseil de la demanderesse. Le Dr. E affirme que, suite à l'agression dont Y a été victime, ce dernier a été en incapacité de travail à 100% pendant au moins une dizaine de jours et que l'évolution était favorable. Le taux d'incapacité de travail a ensuite été baissé progressivement.

Il n'y a dès lors pas lieu de douter des taux d'incapacité de travail de Y attestés par des médecins, sur la base desquelles la demanderesse a versé ses prestations aux lésés. Le fait que Y ait dansé au cours de la soirée du 10 juillet 2004 n'empêche pas l'incapacité de travail, qui procédait d'un trouble psychique, constatée à 75% à ce moment là. Le courrier adressé le 7 avril 2006 par le Dr. H au médecin conseil de la demanderesse confirme qu'à cette date, le lésé était en incapacité de travail. La demanderesse a donc versé à juste titre les indemnités journalières dont elle réclame le remboursement au défendeur.

ccc) L'article 17 alinéa 1^{er} LAA précise que l'indemnité journalière correspond, en cas d'incapacité totale de travail (art. 6 LPGA), à 80 % du gain assuré. Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence. L'indemnité journalière est versée pour tous les jours, y compris les dimanches et jours fériés (art. 25 al. 1^{er} de l'ordonnance sur l'assurance-accidents [ci-après : OLAA; RS 832.202]).

Est réputé gain assuré pour le calcul des indemnités journalières le dernier salaire que l'assuré a reçu avant l'accident (art. 15 al. 2 LAA). Ce salaire, y compris les éléments non encore perçus par l'assuré et auxquels il a droit, est converti en gain annuel et divisé par 365 (art. 22 al. 3 et 25 al. 1^{er} OLAA, annexe 2 à l'OLAA). Le législateur a chargé le Conseil fédéral d'édicter des prescriptions sur le gain assuré pris en considération dans des cas spéciaux, soit notamment lorsque l'assuré a droit pendant une longue période aux indemnités journalières ou lorsqu'il est occupé de manière irrégulière (art. 15 al. 3 LAA). Faisant usage de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a prévu un article 23 alinéa 3 OLAA. Selon l'article 22 alinéa 1 OLAA, le montant maximum du gain assuré s'élevait 106'800 fr. par an et 293 francs par jour.

En l'espèce, la police d'assurance obligatoire collective accidents selon la LAA du 20 octobre 2003 de la demanderesse fait état d'un salaire maximum assuré de

106'800 fr. par personne et par année. La déclaration d'accident LAA remplie le 14 juillet 2004 par l'employeur de Y, indique que le salaire de base annuel brut de celui-ci s'élève à 328'740 fr, y compris environ 50'000 fr. de treizième salaire.

La caisse a calculé le gain assuré de Y sur la base d'un salaire maximum assuré de 106'800 francs. L'indemnité journalière correspond au 80 % de ce montant divisé par 365 jours, soit 234 fr. 08 par jour, arrondi par la caisse à 234 fr. 10. Vérifié par le tribunal, le résultat de ce calcul est arithmétiquement exact.

Le droit à l'indemnité journalière naissant le troisième jour qui suit celui de l'accident, conformément à l'article 16 alinéa 2 LAA, l'obligation de la demanderesse de verser des indemnités journalières à l'assuré a débuté le 20 juin 2004; elle a pris fin le 30 septembre 2004, dernier jour d'incapacité de travail médicalement constatée. Durant cette période, l'assuré a été en incapacité totale de travail jusqu'au 4 juillet 2004, soit un total de 15 jours à 234 fr. 10, puis à 75 % de capacité de travail jusqu'au 11 juillet 2004, soit un total de 7 jours à 175 fr. 60, puis à 50 % jusqu'au 22 août 2004, soit 42 jours 117 fr. 10 et à 25% jusqu'au 30 septembre, soit 39 jours à 58 fr. 60. Le montant de l'indemnité journalière étant réduit si l'incapacité de travail est partielle (art. 17 al. 1^{er} LAA), le total de 11'944 fr. 30 calculé par la caisse au titre des indemnités journalières dues pour l'ensemble de la période prise en charge, sur la base d'une indemnité journalière de 234 fr. 10 pour une incapacité de travail de 100 %, est exact. Ces indemnités correspondent au maximum du gain assuré selon la LAA soit 106'800 fr. par année. Sur la base du contrat d'assurance accident de base, la demanderesse a pris en charge le dommage résultant de l'altercation du 17 juin 2004 à hauteur de 11'944 fr. 30 de perte de gain entre le 20 juin 2004 et le 30 septembre 2004. Ces indemnités correspondent au maximum du gain assuré selon la LAA soit 106'800 fr. par année, le salaire annuel brut de l'assuré lésé à cette époque s'élevant à 328'740 francs.

La demanderesse affirme avoir également pris en charge un montant de 223 fr. 80 et un montant de 35 fr. 50 de frais médicaux.

Il ne ressort pas des pièces produites, en particulier du décompte des prestations de l'assurance accident obligatoire du 13 octobre 2004, de la note d'honoraire du Dr. F du 21 septembre 2004 et de la note d'honoraire du Dr. E du 6 septembre 2004, que ces montants ont effectivement été versés par la demanderesse aux ayants droits. Toutefois, ce serait faire preuve de formalisme excessif que de rejeter la demande sur ce point pour ce seul motif. D'ailleurs, le défendeur ne conteste pas que les montants indiqués ont été versés.

Il convient donc d'admettre que le montant des prestations versées par la demanderesse sur la base de l'assurance accident obligatoire s'élève à 12'203 fr. 60. (11'944 fr. 30 + 223 fr. 80 + 35 fr. 50) et correspond au dommage résultant de l'altercation du 17 juin 2004 subi par le lésé.

d) Pour que le droit à des prestations de l'assurance accidents soit reconnu, il faut qu'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et l'état de l'assuré à l'origine de la demande de prestations.

dd) Selon la jurisprudence, le lien de causalité naturelle est établi lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire en revanche que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé. Il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical et qui doit être tranchée en se conformant à la règle de la vraisemblance prépondérante.

En l'occurrence, le lien de causalité entre l'altercation du 17 juin 2004 et le dommage en découlant doit être reconnu. Il ressort des constatations des médecins, en particulier du Dr. E et H, que des suites de l'altercation du 17 juin 2004, le lésé a présenté des troubles psychologiques sous forme de cauchemar, de flash durant la journée et des difficultés de concentration ce qui a entraîné un arrêt de travail. Les réactions psychologiques dont a souffert Y n'auraient pas eu lieu sans l'agrarade précitée. L'altercation du 17 juin 2004 est bien la cause de l'incapacité de travail de Y.

ddd) Le droit à des prestations suppose en outre un rapport de causalité adéquate entre l'accident et l'état de l'assuré à l'origine de la demande de prestations.

Cette notion est définie de manière identique par le Tribunal fédéral et le Tribunal fédéral des assurances, savoir tout fait qui, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, en sorte que la survenance de ce résultat paraît de façon générale favorisée par le fait en question (ATF 123 III 464, JT 1997 I 791, et les réf. citées). Elle est une clause générale qui doit être concrétisée par le juge selon les règles du droit et de l'équité,

comme le prescrit l'article 4 du Code civil; son examen procède ainsi d'un jugement de valeur : il s'agit de déterminer si les troubles consécutifs à un accident peuvent encore équitablement être mis à la charge de son auteur (loc. cit.).

En matière de causalité adéquate il existe divers arrêts du Tribunal fédéral des assurances, plus particulièrement les ATF 115 V 133 et 115 V 403. Dans ses considérants, l'autorité précitée a procédé à une classification des accidents entraînant des troubles psychiques réactionnels, s'attachant non pas à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt, d'un point de vue objectif, à l'événement accidentel lui-même. Trois catégories d'accidents sont définies : insignifiants, moyens et graves. L'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée dans les cas relevant de la première catégorie, et établie dans ceux relevant de la troisième.

Il a été jugé par le Tribunal fédéral que la distinction entre suites adéquates et inadéquates d'un accident pouvait être différente selon que le cas relève du droit de la responsabilité civile ou du droit des assurances sociales (ATF 123 III 464, JT 1997 I 791). La Cour de céans n'est ainsi pas liée par les trois catégories établies par le Tribunal fédéral des assurances, de sorte que l'on peut admettre, en responsabilité civile, une relation de causalité adéquate même en cas d'accident de peu de gravité. Il suffit en principe que le responsable soit à l'origine du dommage entraîné par l'accident; les causes concomitantes du dommage - en particulier la prédisposition constitutionnelle du lésé - ne sauraient, en règle générale, interrompre le lien de causalité (ATF 123 III 464, JT 1997 I 791, ATF 113 II 89, JT 1987 I 442; ATF 102 II 33;).

Bien qu'il n'y ait pas eu de lésion objectivée par un médecin, au niveau psychique, Y a été atteint d'un syndrome de stress post-traumatique, manifesté par de l'anxiété, des idées obsédantes, trouble de la concentration et du sommeil, pour lequel un traitement médicamenteux a été prescrit de même qu'un suivi auprès du Dr. E. Celui-ci considère que les troubles psychologiques dont souffre Y sont des séquelles de la dispute du 17 juin 2004, et qu'ils ont entraîné une incapacité de travail à 100% pendant au moins une dizaine de jours. L'incapacité de travail de Y procède du trouble psychique et il y a lieu de reconnaître que les coups portés à Y par X constituent un événement de nature à provoquer le genre de troubles psychiques dont souffre Y, soit un stress post-traumatique. Il est en effet conforme à l'expérience de la vie et au cours ordinaire des choses, que les coups assésés à Y étaient de nature à occasionner un stress post-traumatique. L'altercation était nécessaire et suffisante pour le

déstabiliser psychiquement. En conséquence, le défendeur devait répondre des troubles psychiques présentés par Y.

Au vu de ce qui précède, un lien de causalité adéquate doit être reconnu entre les coups assénés à Y par le défendeur et le dommage subi par la demanderesse.

ddd) Le défendeur fait valoir que Y présentait une prédisposition constitutionnelle, du fait qu'il a eu, avant l'altercation du 17 juin 2004, plusieurs accidents l'ayant touché à la tête, notamment un grave accident de ski, qui a influé sur le dommage allégué par la demanderesse.

En règle générale, des causes concomitantes du dommage, comme une prédisposition constitutionnelle du lésé, ne sauraient interrompre le lien de causalité adéquate. Selon les circonstances, un état maladif antérieur peut toutefois être pris en compte dans le cadre des articles 42 à 44 CO. Une simple faiblesse constitutionnelle n'entrera pas en considération comme facteur de réduction. En revanche, de véritables anomalies ou des affections préexistantes aiguës ou latentes peuvent réduire les prétentions du lésé. En tant que prédispositions constitutionnelles, elles constituent un facteur concomitant qui peut influencer sur le calcul du dommage (art. 42 CO) ou le montant des dommages-intérêts (art. 43/44 CO), qu'il s'agisse d'une cause concomitante du dommage ou d'un facteur aggravant les suites de l'accident (ATF 131 III 12 consid. 4, JT 2005 I 488, SJ 2005 I 113; ATF 113 II 86 consid. 1b, JT 1987 I 442 et les références citées).

Parmi les cas de prédisposition constitutionnelle, la jurisprudence distingue, d'une part, les états maladifs antérieurs qui se seraient développés certainement ou très vraisemblablement même sans l'événement dommageable et, d'autre part, ceux qui ne se seraient selon toute probabilité pas manifestés sans l'accident. Dans la première hypothèse, le dommage qui en résulte ne saurait être imputé au responsable et doit être exclu du calcul du préjudice; la part du préjudice liée à l'état préexistant pourra être prise en compte, par exemple, en admettant une durée de vie ou d'activité réduite ou en diminuant le taux de capacité de gain déterminant pour le calcul des dommages-intérêts. Le dommage qui se serait réalisé même sans l'événement dommageable ne saurait être imputé au responsable. Il s'agit d'un élément étranger à l'événement. Il faut dès lors en exclure les conséquences sur l'incapacité de travail ou de gain de la victime. Ce type de prédisposition est pris en compte dans le calcul du dommage et ne constitue pas un facteur de réduction de la réparation. Dans le second

cas, le responsable sur le plan civil doit assumer le dommage lorsque la prédisposition malade a favorisé la survenance du préjudice ou a augmenté l'ampleur de celui-ci (prédisposition constitutionnelle liée); une réduction de l'indemnité sur la base de l'article 44 CO pourra toutefois entrer en considération. Le Tribunal fédéral, dans un arrêt du 22 février 2000 (arrêt du 22 février 2000 4C 416/1999) a retenu qu'il n'y a en règle générale pas matière à réduction des dommages-intérêts lorsque la prédisposition constitutionnelle n'aurait pas influé sur l'intégrité physique de la victime sans l'événement dommageable. Le Tribunal fédéral a réservé des exceptions à ce principe. La question d'une réduction de la réparation pourrait ainsi tout au plus se poser lorsqu'il y a une disproportion si évidente entre la cause et le dommage qu'il apparaîtrait arbitraire de l'imputer au responsable ou lorsque la victime s'est livrée à une activité risquée eu égard à son état de santé. C'est dire qu'une prédisposition constitutionnelle liée ne devrait plus justifier une réduction de la réparation. La distinction présente une importance pratique en matière de droit préférentiel du lésé, qui tend à prémunir celui-ci contre les suites défavorables d'un dommage non couvert (ATF 113 II 86 [« di Bello »], arrêt du Tribunal fédéral du 15 janvier 2002 4C.215/2001, arrêt du Tribunal fédéral du 16 novembre 2004 dans la cause 4C.75/2004, consid. 4.2; ATF 131 III 12 consid. 4 in fine, JT 2005 I 488, SJ 2005 I 113 et les références citées, VINCENT BRULHART, L'influence de la prédisposition constitutionnelle sur l'obligation de réparer du responsable, in La fixation de l'indemnité, Berne 2004, p. 89 ss et FRÉSARD-FELLEY, op. cit., p. 157ss).

L'article 44 alinéa 1^{er} CO permet au juge de réduire les dommages-intérêts lorsqu'il apparaît inéquitable de mettre à la charge du responsable la réparation de la totalité du préjudice. Dans les cas où l'état malade antérieur ne se serait vraisemblablement pas développé sans l'événement dommageable, la prédisposition constitutionnelle ne suffit en principe pas à elle seule pour justifier une réduction des dommages-intérêts. D'autres circonstances doivent intervenir, comme par exemple une disproportion manifeste entre la cause fondant le dommage et l'importance du préjudice (arrêt du Tribunal fédéral du 16 novembre 2004 dans la cause 4C.75/2004 consid. 4.2 in fine et les références citées; Schaeztle/Weber, op. cit., n. 3.204, p. 395).

En l'espèce, il ressort du dossier, en particulier du jugement pénal du 13 avril 2005, que Y avait déjà subi divers traumatismes crânio-cérébraux qui l'ont rendu plus fragile au niveau des atteintes à la tête et qu'il avait déjà eu des accidents l'ayant touché à la tête, notamment un grave accident de ski. Lors de l'audience de jugement du 25 février 2008, Y a expliqué qu'il avait déjà eu des accidents qui ont engendré des problèmes de nuque, mais que l'agression du 17 juin 2004 a provoqué une réaction psychologique importante. On constate que les problèmes

préexistants de Y sont d'ordre purement physique et qu'au niveau psychique, Y n'avait pas de problème avant l'altercation du 17 juin 2004.

L'état préexistant n'a donc pas eu d'influence sur la détermination du dommage dans la mesure où les problèmes préexistants étaient d'ordre purement physique alors que les troubles apparus ensuite de l'algarade du 17 juin 2004 sont d'ordre psychiques. Il n'est pas établi que ces facteurs étrangers à l'algarade, soit des accidents ayant touché Y à la tête, auxquels fait référence le défendeur, auraient affecté en tout ou en partie, avec une sûreté confinante à la certitude ou avec une haute vraisemblance, la capacité de gain de Y, même en l'absence de l'altercation. Le dommage ne se serait donc pas produit sans l'altercation du 17 juin 2004, partant X doit en répondre. Les constatations des médecins ne permettent pas de conclure, avec certitude ou du moins avec un haut degré de vraisemblance que la prédisposition constitutionnelle du lésé aurait pu avoir une influence sur son activité lucrative. La demanderesse ne mentionne aucune circonstance qui selon l'expérience générale de la vie permettrait d'affirmer que le dommage, non causé directement par l'altercation, se serait concrétisé tôt ou tard, nonobstant l'algarade. Il n'est pas non plus établi que la prédisposition constitutionnelle du lésé ait favorisé la survenance du dommage ou augmenté son ampleur. L'atteinte à la santé préexistante ne doit donc pas être prise en considération au niveau de la détermination de la réparation du dommage dans le cadre de l'article 44 CO.

e) Toutes les conditions étant réunies, la responsabilité du défendeur X est engagée. Il doit réparer le préjudice du demandeur découlant de l'agression du 17 juin 2004. La demanderesse ayant couvert par ses prestations le même dommage que peut faire valoir le lésé Y sur le plan civil, elle est ainsi subrogée aux droits du lésé à concurrence des prestations légales, soit une somme de 12'203 fr. 60.

4. a) La demanderesse réclame l'intérêt moratoire dès le 13 octobre 2004 au taux légal de 5%.

L'article 102 alinéa 1 CO dispose que le débiteur d'une obligation exigible est mis en demeure par l'interpellation du créancier. Aux termes de l'article 104 alinéa 1 CO, le débiteur qui est en demeure pour le paiement d'une somme d'argent doit l'intérêt moratoire à 5%, même si un taux inférieur avait été fixé pour l'intérêt conventionnel.

En l'espèce, la date des paiements n'est pas établie par les pièces

produites. Les intérêts moratoires à 5% sur la somme de 12'203 fr. 60 sont donc dus dès le 14 avril 2005, soit dès le lendemain de la notification du commandement de payer no 4035114 au défendeur, constituant la première mise en demeure.

Au vu de ce qui précède, le défendeur doit payer à la demanderesse la somme de 12'203 fr. 65, avec intérêt à 5% l'an dès le 14 avril 2005.

5. a) La LAA ne prévoyant pas de subrogation pour les prestations complémentaires de l'assureur, le problème de l'imputation de ces prestations doit être résolu au regard de la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA – RS 221.229.1).

Le contrat d'assurance peut être défini comme celui par lequel le preneur d'assurance se fait promettre pour lui ou pour un tiers, en contrepartie d'une rémunération appelée prime, une prestation délivrée par l'assureur en cas de réalisation d'un risque (Kuhn/Montavon, *Droit des assurances privées*, 1994, p. 91; Viret, *Droit des assurances privées*, 1985, p. 73). D'une manière générale, la LCA établit une distinction entre l'assurance contre les dommages (régie par les art. 48 à 72 LCA) d'une part, et l'assurance de personnes (qui relève des art. 73 à 96 LCA) d'autre part, sans toutefois définir ces deux notions (Boll, *Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag*, n. 1 des remarques préliminaires ad art. 48 LCA; Viret, *op. cit.*, p. 148). Dans le premier cas, l'assureur est subrogé aux droits de la victime, laquelle doit imputer sur le montant du dommage les prestations qu'elle reçoit. Dans le second cas, les droits de celle-ci contre le tiers responsable ne passent pas à l'assureur; elle peut les faire valoir intégralement contre ce tiers, cumulativement avec ses prétentions contre l'assureur, et ne doit par conséquent pas imputer les prestations reçues (Deschenaux/Tercier, *La responsabilité civile*, 2e éd, pp. 221 et 222, n. 37).

L'assurance de personnes est celle qui a pour objet une personne physique, et où la prestation de l'assureur dépend généralement d'un événement qui atteint la personne de l'assuré, tel que maladie, accident, lésion corporelle, invalidité, décès (Kuhn/Montavon, *op. cit.*, p. 85; Viret, *op. cit.*, p. 151; cf. Maurer, *Schweizerisches Privatversicherungsrecht*, 1995, pp. 168 et 271). L'assurance des personnes assure une couverture par la seule survenance de l'événement assuré, indépendamment des conséquences de celui-ci (ATF 119 II 361, JT 1994 I 738 consid. 4, rés. in JT 1995 I 22 n. 2, SJ 1994 p. 86; Carré, *op. cit.*, ad art. 48 LCA, p. 334). Elle se caractérise, par rapport à l'assurance contre les dommages, par sa nature non indemnitaire: elle est une promesse de capital indépendante du montant effectif du préjudice subi par le preneur ou

l'ayant droit. Ainsi, même dans le cas d'une assurance qui, comme celle contre les accidents, a pour objet une personne physique, on est en présence d'une assurance de personnes uniquement lorsque les parties au contrat d'assurance n'ont subordonné la prestation de l'assureur – dont elles ont fixé le montant lors de la conclusion du contrat – qu'à la survenance de l'événement assuré, sans égard à ses conséquences pécuniaires. Ainsi, une assurance-accidents ne doit pas être rangée dans la catégorie des assurances contre les dommages du seul fait que les prestations auxquelles elle donne droit sont fixées sur la base du revenu de la victime – ce qui est d'ailleurs tout à fait usuel (MAURER, *Privatversicherungsrecht*, p. 466) –, car ce mode de calcul ne sert à déterminer que l'ampleur de ces prestations et non pas leur fondement juridique. Au contraire, on est en présence d'une assurance contre les dommages lorsque les parties au contrat d'assurance ont fait de la perte patrimoniale effective, soit le dommage consécutif à l'événement assuré, une condition autonome du droit aux prestations (arrêt du Tribunal fédéral du 31 mars 2003 dans la cause 5C.3/2003, c. 3.1; ATF 119 II 361 c. 4; Kuhn/Montavon, *op. cit.*, pp. 85 s.; Viret, *op. cit.*, p. 151).

b) En l'espèce, il appert à la lecture de l'article 10 chiffres 1 et 2 des Conditions Générales (CGA) de l'assurance collective accidents complémentaire LAA de la demanderesse, que le droit à une indemnité journalière n'est nullement subordonné à ce que l'assuré subisse une perte effective sur le plan économique. En effet, l'indemnité journalière est prévue en fonction du seul degré de l'incapacité de travail de l'assuré et une perte de gain ne constitue pas une condition du droit aux prestations. La police d'assurance en question couvrant le risque d'incapacité de gagner doit par conséquent être qualifiée d'assurance de personnes, ce qui entraîne l'application de l'article 96 LCA. Il n'y a donc pas de subrogation possible et les droits que l'ayant droit aurait contre des tiers à raison du sinistre ne passent pas à l'assureur.

Au vu de ce qui précède, la demanderesse n'est pas légitimée à réclamer au défendeur le remboursement des montants qu'elle a versé à son assuré au titre de l'assurance complémentaire LAA, soit un montant de 31'623 fr. 90 selon décompte des prestations complémentaires LAA.

5. Obtenant partiellement gain de cause, la demanderesse a droit à des dépens réduits de moitié qu'il convient d'arrêter à 3'600 fr., soit :

- 2'000 fr. à titre d'indemnité pour les honoraires de son conseil,
- 100 fr. pour les débours de celui-ci,
- 1'500 fr. en remboursement de la moitié de son coupon de justice.

Statuant immédiatement à huis clos,


le Tribunal,

- I. **DIT** que le défendeur X doit payer à la demanderesse A Compagnie d'assurances SA la somme de 12'203 fr. 60 (douze mille deux cent trois francs et soixante centimes), avec intérêt à 5% l'an dès le 14 avril 2005;
- II. **DIT** que l'opposition formée par le défendeur au commandement de payer dans la poursuite no 4060659 de l'Office des poursuites de Nyon-Rolle est définitivement levée à concurrence du montant figurant sous chiffre II ci-dessus;
- III. **ARRÊTE** les frais de la procédure à 3'000 fr. (trois mille francs) pour la demanderesse et à 3'434 fr. (trois mille quatre cent trente-quatre francs) pour le défendeur;
- IV. **DIT** que le défendeur doit payer à la demanderesse la somme de 3'600 fr. (trois mille six cents francs), à titre de dépens;
- V. **REJETTE** toutes autres ou plus amples conclusions.

La Présidente :


S. Rouleau

La Greffière :



M.-C. Diserens, sbt

Du

Des copies du jugement qui précède sont notifiées aux parties par l'intermédiaire de leurs conseils.

Les parties peuvent recourir au Tribunal cantonal dans les **dix jours** dès la notification du présent jugement, en déposant à mon greffe 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 quelles en sont les modifications demandées.

La Greffière :


M.-C. Diserens, sbt