

**CHAMBRE DES RECOURS**

---

Séance du 12 mars 2008

---

Présidence de M. C O L O M B I N I , président  
Juges : M. Denys et M. Piotet, juge suppléant  
Greffier : M. Elsig

\* \* \* \* \*

**Art. 96 LCA; 85 bis RAI; 452 al. 1 ter CPC; 1<sup>er</sup> 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**

La Chambre des recours du Tribunal cantonal prend séance pour s'occuper du recours interjeté par X, à Chavornay, demanderesse, contre le jugement rendu le 24 septembre 2007 par le Tribunal des assurances du canton de Vaud dans la cause divisant la recourante d'avec A **ASSURANCES SA** (ci-après : A ou la caisse), à Lausanne, défenderesse.

Délibérant en audience publique, la cour voit :

**En fait :**

A. Par jugement du 24 septembre 2007, le Tribunal des assurances du canton de Vaud a rejeté la demande déposée par la demanderesse X contre la défenderesse A Assurances SA.

La chambre des recours fait sien dans son entier l'état de fait du jugement, dont il ressort ce qui suit :

"A. X, née en 1953, a travaillé au service de la Y, à Ecublens. A ce titre, elle était assurée pour une indemnité journalière en cas de maladie au titre d'un contrat collectif (contrat KTG 111822) souscrit initialement par son employeur selon la loi sur le contrat d'assurance auprès de la Rentenanstalt, à laquelle a succédé "La Suisse" Assurances, puis A Assurances SA. Cette couverture garantissait le 80 % du gain assuré (soit le salaire brut selon l'AVS), avec délai d'attente de 90 jours, pour une durée de 640 jours par cas.

L'assurée a été en incapacité de travail totale dès le 26 juillet 2001, puis à 50 % à compter du 15 avril 2002, pour cause de maladie. Elle a été licenciée pour le 31 juillet 2002. Elle est passée dans l'assurance individuelle au 1<sup>er</sup> août 2002 et s'est inscrite au chômage pour 50 %, puisque tel était alors son taux de capacité. A titre individuel, elle bénéficie de deux nouvelles couvertures, prévue par un contrat unique (contrat KTA 113999); l'une, dite "plan 1", portait sur les prestations de chômage (dès le 1<sup>er</sup> août 2002), l'autre, dite "plan 2", avait pour objet l'incapacité de travail en cours lors de la sortie de l'assurance collective (dès le 1<sup>er</sup> août 2002). Une nouvelle incapacité totale est survenue dès le 1<sup>er</sup> novembre 2002, toujours pour cause de maladie.

L'assurée a perçu des indemnités journalières dès le 26 juillet 2001 (compte tenu du délai d'attente de 90 jours), pour un montant total de 105'802 fr., dont 64'136 fr. pour la période du 1<sup>er</sup> juillet 2002 au 31 août 2003. Par décision du 18 juillet 2005, l'OAI lui a alloué une rente ordinaire simple dès le 1<sup>er</sup> juillet 2002, d'un montant mensuel de 2'060 fr. jusqu'au 31 décembre 2002, puis de 2'110 fr. dès le 1<sup>er</sup> janvier 2003.

Le 5 mai 2003, l'assurée a signé une "déclaration d'accord/convention" selon laquelle elle a consenti au remboursement, par l'assurance-invalidité, de la contrevaletur de la surassurance directement en main de l'assureur-maladie.

Ultérieurement, elle a contesté la compensation en tant que celle-ci dépasse 25'486 fr. 20. A a demandé à l'assurance-invalidité le remboursement de 47'957 francs. La caisse de compensation compétente a considéré que le montant pouvant être remboursé est de 26'608 fr. 75,

somme qui a été transférée à l'assureur-maladie le 27 octobre 2005 par la caisse de compensation compétente.

L'assureur a établi un décompte de surassurance le 2 mai 2005, faisant état d'un solde de 47'957 fr. en sa faveur pour la période du 1<sup>er</sup> juillet 2002 au 31 août 2003, par rapport à des prestations versées à hauteur de 64'136 francs.

L'assurée s'est opposée à la compensation auprès des organes de l'assurance-invalidité, en relevant qu'elle n'avait jamais consenti à un tel règlement, la convention du 5 mai 2003 ne reflétant pas sa réelle volonté.

**B.** X, représentée par Me Philippe Nordmann, a ouvert action contre A Assurances SA par demande du 24 août 2006, concluant principalement au versement de 15'163 fr. avec intérêt à 5 % l'an dès le 19 juin 2005, subsidiairement de tel montant avec intérêt à 5 % l'an dès telle date que justice dira.

Dans sa réponse du 27 septembre 2006, A a conclu au rejet de la demande. Elle a toutefois établi un nouveau décompte de surassurance, daté du 22 septembre 2006.

**C.** Par décision du 21 mars 2007, l'OAI a confirmé le versement de 26'608 fr. 75 effectué le 27 octobre 2005 en main de A, considérant que l'accord de l'assurée du 5 mai 2003 est valide.

X a recouru pro forma contre cet acte administratif le 3 avril 2007. La cause (AI 304/07) a été suspendue jusqu'à droit connu en matière d'assurance-maladie."

En droit, les premiers juges ont considéré que l'assurance perte de gain en cause était une assurance de dommage et donc soumise par conséquent au principe de la prohibition du gain d'assurance et que l'accord donné par la demanderesse le 5 mai 2003 à la compensation litigieuse était valable. Ils ont admis que les calculs effectués par la défenderesse étaient corrects

**B.** X a recouru contre ce jugement en concluant, avec dépens, à sa réforme en ce sens que la défenderesse doit lui payer la somme de 15'163 fr., avec intérêt à 5 % l'an dès le 19 juin 2005.

Dans son mémoire, la recourante a développé ses moyens et réduit ses conclusions en ce sens qu'elle réclame un montant de 14'903 fr., avec intérêt à 5 % l'an dès le 19 juin 2005.

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

**En droit :**

1. Le présent litige relève de l'assurance-maladie complémentaire, soumise au droit privé et, partant, à la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA, RS 221.229.1), en vertu de l'article 12 alinéas 2 et 3 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (ci-après : LAMal; RS 832.10).

Dans le canton de Vaud, le contentieux des assurances complémentaires est de la compétence du Tribunal des assurances (art. 86 LAMal; art. 1<sup>er</sup> 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, ci-après : le décret du 20 mai 1996; RSV 173.431; Journal des Tribunaux [JT] 2006 III 18, c. 1a p. 20; JT 1999 III 106, c. 1b).

Sous l'empire de la loi fédérale d'organisation judiciaire du 16 décembre 1943 (OJ), les jugements du Tribunal des assurances ou de son président relatifs aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie (art. 12 al. 2 LAMal) ne pouvaient être contestés devant la Chambre des recours que lorsque le recours en réforme fédéral n'était pas ouvert, soit lorsque la valeur litigieuse était inférieure à 8'000 fr. (art. 46 OJ; Ch. rec., B. c. Intras, 27 mai 2005, n° 409; Fonjallaz, Compétence et procédure en matière de contentieux des assurances complémentaires à l'assurance maladie, in JT 2000 III 79, sp. p. 83; cf. aussi JT 2006 III 18, c. 1b p. 20).

La loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (ci-après : LTF, RS 173.110), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2007 et qui a abrogé l'OJ (art. 131 al. 1<sup>er</sup> LTF), prévoit que, dans les affaires pécuniaires, le recours en matière civile n'est recevable que, notamment, si la valeur litigieuse s'élève au moins à 30'000 fr. (art. 74 al. 1<sup>er</sup> litt. b) ou, lorsque la valeur litigieuse minimale n'est pas atteinte, si la contestation soulève une question juridique de principe (art. 74 al. 2 litt. a). En

matière pécuniaire, la valeur litigieuse correspond aux droits contestés dans la dernière instance cantonale (JT 2006 III 18, c. 1b p. 20).

En l'espèce, le recours est dirigé contre un jugement rendu par le Tribunal des assurances en matière d'assurance-maladie complémentaire. Les conclusions du recours s'élèvent au montant de 14'903 fr., qui détermine la valeur litigieuse (art. 116 de la loi vaudoise d'organisation judiciaire [LOJV, RSV 173.01] applicable par analogie aux recours cantonaux et 74 al. 1<sup>er</sup> litt. b LTF). On se trouve donc en dessous du seuil posé à l'article 74 alinéa 1<sup>er</sup> lettre b LTF. Par ailleurs, le présent litige ne paraît pas non plus poser une question juridique de principe (art. 74 al. 2 litt. a LTF). Le recours en matière civile au Tribunal fédéral n'apparaît ainsi pas ouvert. Déposé en temps utile par une partie qui y a intérêt, le présent recours est donc recevable devant la Chambre des recours.

2. En matière de recours en réforme contre un jugement principal rendu par le Tribunal des assurances, le pouvoir d'examen de la Chambre des recours correspond à celui qu'elle a en matière de jugement rendu par un tribunal d'arrondissement tel que défini à l'article 452 CPC (Ch. rec., G. c. S. SA, du 5 avril 2007, n° 276/I).

La Chambre des recours revoit en conséquence librement la cause en fait et en droit (art. 452 al. 2 CPC). Les parties ne peuvent toutefois articuler des faits nouveaux, sous réserve de ceux qui résultent du dossier et qui auraient dû être retenus ou de ceux pouvant résulter d'une instruction complémentaire selon l'article 456a CPC (art. 452 al. 1 ter CPC).

Ainsi, le Tribunal cantonal revoit la cause en fait et en droit sur la base du dossier, sans réadministration des preuves déjà administrées en première instance (JT 2003 III 3). Il développe donc son raisonnement juridique après avoir vérifié la conformité de l'état de fait du jugement aux preuves figurant au dossier et l'avoir, le cas échéant, corrigé ou complété (ibidem).

En l'espèce, l'état de fait du jugement est conforme aux pièces du dossier et aux autres preuves administrées. Il convient toutefois de le compléter comme il suit :

L'article 5 chiffres 1<sup>er</sup> et 4 des Conditions générales applicables à l'assurance d'indemnité journalière conclue à titre individuel, valable dès le 1<sup>er</sup> juillet 1996, (pièces 4 du bordereau de la défenderesse : ci-après CGA) a la teneur suivante :

**"Article 5 Prestations de tiers**

1. Si l'indemnité journalière est en concours avec, par exemple, des prestations de l'assurance fédérale invalidité, de l'assurance-accidents obligatoire, de l'assurance militaire, de la prévoyance professionnelle, des indemnités journalières de caisse-maladie d'entreprise ou privée ou d'assureurs étrangers assimilés, elle est réduite dans la mesure où, ajoutée à ces prestations de tiers, elle dépasserait 80 % du gain dont le preneur d'assurance se trouve privé.

(...)

4 Si B a payé ou avancé à titre provisoire une indemnité journalière qui, par suite de réduction se révèle indue, elle peut en demander la restitution au preneur d'assurance ou le remboursement aux organismes d'assurance tenus à prestations."

L'article 13 chiffre 1 CGA a la teneur suivante :

**"Article 13 Prestations en cas d'incapacité de travail**

1. **Nature des prestations**

L'assurance consiste en une indemnisation limitée à 80 % du dernier salaire AVS assuré dans le cadre du contrat collectif d'indemnité journalière ou, en cas de chômage, à 90 % de l'indemnité journalière à laquelle le preneur d'assurance a droit."

Dans son décompte du 22 septembre 2006 (pièces 22 du bordereau de la défenderesse), la défenderesse a déduit du salaire annuel assuré à 50 % d'incapacité de travail, la moitié du montant annuel de la rente AI pour chaque police d'assurance et divisé le résultat par 365 pour calculer la nouvelle indemnité journalière. Elle a ensuite déduit du montant des prestations versées pour la période du 1<sup>er</sup> juillet 2002 au 31 août 2003, par 64'136 francs, la somme des nouvelles indemnités journalières pour la même période, par 36'285 francs.

Par lettre du 20 novembre 2006, la Caisse AVS de la Fédération patronale vaudoise a informé le conseil de la demanderesse que, vu l'absence d'accord de celle-ci, la défenderesse lui avait fait parvenir le détail de son calcul de surassurance, une preuve du paiement de ses prestations, un extrait de ses conditions générales précisant le droit au remboursement en cas de paiement rétroactif de rente et une copie du contrat signé par la demanderesse. La caisse AVS invitait le conseil de la demanderesse à se déterminer sur ces pièces, ce que celui-ci a fait en ne contestant que les calculs opérés par la défenderesse.

Il n'y a pas lieu de procéder à d'autres compléments ni à une instruction complémentaire, la cour de céans étant à même de statuer en réforme.

**3.** La recourante soutient que l'intimée ne pouvait obtenir le versement de la surindemnisation par les organes de l'assurance invalidité, faute d'un accord valable de sa part.

Selon l'article 85 bis du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (ci-après : RAI; RS 831. 201), les employeurs, les institutions de prévoyance professionnelle, les assurances-maladie, les organismes d'assistance publics ou privés ou les assurances en responsabilité civile ayant leur siège en Suisse qui, en vue de l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité, ont fait une avance peuvent exiger qu'on leur verse l'arriéré de cette rente en compensation de leur avance et jusqu'à concurrence de celle-ci. Est cependant réservée la compensation prévue à l'art. 20 LAVS. Les organismes ayant consenti une avance doivent faire valoir leurs droits au moyen d'un formulaire spécial, au plus tôt lors de la demande de rente et, au plus tard au moment de la décision de l'office AI (al. 1<sup>er</sup>).

Sont considérées comme une avance, les prestations : a) librement consenties, que l'assuré s'est engagé à rembourser, pour autant qu'il ait convenu par écrit que l'arriéré serait versé au tiers ayant effectué l'avance; b) versées contractuellement ou légalement, pour autant que le droit au remboursement, en cas de paiement d'une rente, puisse être déduit sans équivoque du contrat ou de la loi (al. 2).

Les Directives sur les rentes, valables dès le 1<sup>er</sup> janvier 2003 (ci-après : DR) précisent à leur chiffre 10067 que sont considérées comme prestations susceptibles d'être restituées directement au tiers ayant fait des avances celles intervenues contractuellement ou légalement et autant que le droit au remboursement puisse être déduit sans équivoque du contrat ou de la loi, *en cas de paiement rétroactif de rente*. (A cet égard, une clause de surassurance seule découlant d'un contrat ou de la loi ne suffit toutefois pas).

La jurisprudence a, quant à elle, relevé que, dans l'éventualité de l'article 85bis al. 2 let. b RAI, le consentement n'est pas nécessaire. Celui-ci est remplacé par l'exigence d'un droit au remboursement «sans équivoque». Pour que l'on puisse parler d'un droit non équivoque au remboursement à l'égard de l'AI, il faut que le droit direct au remboursement découle expressément d'une norme légale ou contractuelle (Tribunal fédéral des assurances [TFA], arrêt n° 1 361/06, du 18 octobre 2006, c. 8.3 et références).

En l'espèce, les prestations versées par l'intimée l'ont été en vertu du contrat d'assurance collective conclu par l'employeur de la recourante, puis des deux contrats individuels conclus avec celle-ci. Elles ont un fondement contractuel et tombent donc sous le coup de la lettre b de l'alinéa 2 de l'article 85 bis RAI. Le consentement de la recourante à la restitution n'était en conséquence pas exigé, seul étant déterminant l'existence d'une norme contractuelle prévoyant sans équivoque le remboursement. Or, le chiffre 4 de l'article 5 CGA remplit cette condition et la recourante ne prétend pas que les CGA n'auraient pas valablement été intégrées à la relation contractuelle.

Au vu de ces éléments, les conditions posées par l'article 85 bis RAI, les DR et la jurisprudence au paiement à l'intimée d'une part de l'arriéré de rentes AI dû à la recourante étaient réalisées et le recours doit être rejeté sur ce point.

4. La recourante conteste le calcul de la surindemnisation effectué par l'intimée et approuvé par les premiers juges et soutient qu'il convient de ne pas prendre en compte le mois de juillet 2002, dès lors qu'un salaire lui a été versé par son ancien employeur.

a) Selon la jurisprudence, lorsque le contrat d'assurance prévoit le versement à l'assuré d'une indemnité journalière forfaitaire – constituant ce que l'on désigne en langue allemande par l'expression Taggeld – qui ne suppose pas que l'assuré subisse une perte effective sur le plan économique, mais qui est versée en fonction du seul degré de l'incapacité de travail de l'assuré, on se trouve en présence d'une assurance de sommes. Dans cette hypothèse, l'assuré peut cumuler les prétentions en versement des indemnités journalières prévues par le contrat d'assurance avec d'autres prétentions en raison du même événement dommageable; la prestation de l'assureur de sommes est due indépendamment du point de savoir si l'ayant droit reçoit des prestations de la part d'autres assureurs ou d'un tiers responsable. La surindemnisation de l'ayant droit est possible et, conformément à l'article 96 de la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (ci-après : LCA; RS 221.229.1), les droits que l'ayant droit aurait contre des tiers en raison du sinistre ne passent pas à l'assureur. Les prestations versées par un assureur social ne peuvent pas être imputées sur les allocations journalières dues par l'assureur privé, à moins que les conditions générales ne le prévoient exceptionnellement (Arrêts du Tribunal Fédéral Suisse [ATF] 133 III 527, c. 3.2.4 et 3.2.5; Semaine Judiciaire [SJ] 2008 I 101).

En l'espèce, les couvertures d'assurances en cause prévoient une indemnité journalière forfaitaire correspondant au 1/365<sup>ème</sup> du salaire assuré figurant sur les polices. On pourrait donc se trouver en présence d'une assurance de sommes au vu de l'arrêt précité et non d'une assurance de dommage comme l'ont retenu les premiers juges. Cette question peut toutefois demeurer indécise puisque l'article 5 chiffres 1 et 4 CGA prévoit la prohibition du gain d'assurance.

b) Il ressort du jugement que la recourante a été employée jusqu'au 31 juillet 2002. On en déduit qu'elle a touché le 100 % de son salaire, payé par son employeur. S'il y a matière à surindemnisation, c'est le cas échéant une prétention de l'assurance-invalidité qui doit être exercée directement auprès de la recourante. L'intimée le conteste en faisant valoir qu'elle a payé pour la période du 1<sup>er</sup> au 19 juillet 2002 la somme de 1'871 fr. en mains de l'employeur. Selon la propre allégation de l'intimée, ce montant n'est pas parvenu, en tous cas directement, en sus du patrimoine de la recourante. Il ne peut entrer en ligne de compte pour admettre un défaut d'appauvrissement dans le cadre de l'action.

Au demeurant, le total de toutes les prestations de la couverture collective n'est pas connu, le cas d'autres assurés de l'employeur n'étant pas connu. L'article 7 des Conditions générales applicables aux assurances collectives d'indemnité journalière, valables dès le 1<sup>er</sup> janvier 1997, ne peut donc être appliqué faute d'indication de fait. Le montant de 1'871 fr. n'ayant pas été touché par la recourante en sus du salaire, aucune prétention de l'intimée ne peut être retenue pour le mois de juillet 2002 du fait de la surindemnisation.

c) Il ressort de l'article 5 chiffre 1 CGA qu'une surindemnisation existe dès que les 80 % du gain dont le preneur se trouverait privé sont dépassés par les prestations d'assurances. C'est donc bien par rapport au salaire que l'assuré réalisait qu'il convient de calculer la surindemnisation. L'intimée n'a à cet égard pas procédé à une justification de son calcul en se bornant à critiquer ceux de la recourante. Les premiers juges affirment avoir contrôlé d'office les calculs de l'intimée, mais n'exposent à aucun moment leur processus de vérification ni ne justifient leur conclusion.

La recourante prend comme base le salaire de 6'900 fr. par mois, versé treize fois l'an, qu'elle réalisait - quotité que l'intimée ne conteste pas - et qui constitue le salaire dont la recourante a été privée en raison de sa maladie. L'intimée soutient que sont déterminants les salaires assurés figurant dans les polices individuelles, soit respectivement 35'953 et 30'660 francs. Ces montants ne correspondent pas au salaire AVS susmentionné, ni d'ailleurs à ses 50 %. En revanche, les CGA se réfèrent bien aux 80 % du dernier salaire AVS à l'article 13 chiffre 1 CGA. Il y a donc lieu de retenir que la notion de "gain dont le preneur se retrouverait privé" au sens de l'article 5 chiffre 1 CGA correspond au salaire AVS.

Il faut ainsi admettre, le doute ne profitant pas au rédacteur des conditions générales d'assurance, que si le salaire déterminant est bien décisif pour la fixation des indemnités contractuelles, l'interdiction de surindemnisation ne fonctionne, quel que soit le montant du salaire couvert, qu'en fonction des 80 % du dernier salaire soumis à l'AVS. La méthode de calcul de l'intimée, qui prend comme base le salaire assuré n'est ainsi pas conforme à la réglementation des CGA.

Pour la période courant du 1<sup>er</sup> août 2002 au 31 août 2003, le salaire qu'aurait perçu la recourante s'élève à 97'175 fr. (13 x 6'900 : 12 x 13). Les 80 % de

ce montant s'élèvent 77'740 francs, ce qui correspond à la limite de surindemnisation. Durant cette même période, l'intimée a versé des prestations pour un montant de 62'265 francs (64'136 fr. ressortant du décompte du 22 septembre 2006 – 1'871 fr. d'indemnité pour le mois de juillet 2002) et 27'180 fr. de rentes de l'assurance invalidité. La surindemnisation s'élève en conséquence à 11'705 fr. (62'265 + 27'180 – 77'740). L'intimée ayant perçu un montant de 26'608 fr. des organes de l'assurance-invalidité, elle doit restituer à la recourante la somme de 14'903 fr. (26'608 – 11'705), avec intérêt à 5 % l'an dès le 1<sup>er</sup> novembre 2005, soit la date à laquelle le versement de 26'608 fr. des organes de l'assurance-invalidité a été crédité sur le compte de l'intimée, la prétention litigieuse ayant la nature d'une action en enrichissement illégitime, pour laquelle la seule protestation faite déjà avant le versement illégal vaut mise en demeure (Petitpierre, Commentaire romand, 2003, n. 15 ad art. 62 CO, p. 428 et références).

5. En conclusion, le recours doit être admis et le jugement réformé en ce sens que la défenderesse doit payer à la demanderesse la somme de 14'903 fr. avec intérêt à 5 % l'an dès le 1<sup>er</sup> novembre 2005.

Obtenant gain de cause, la recourante a droit à des dépens de deuxième instance, fixés à 1'200 fr. (art. 91 et 92 CPC; art. 2 al. 1<sup>er</sup> ch. 33, art. 3 et 5 ch. 2 du tarif du 17 juin 1986 des honoraires d'avocat dus à titre de dépens; RSV 177.11.3).

Le présent arrêt doit être rendu sans frais (art. 235a du tarif du 4 décembre 1984 des frais judiciaires en matière civile; RSV 270.11.5).

Par ces motifs,

la Chambre des recours du Tribunal cantonal,

statuant en audience publique,

prononce :

I. Le recours est admis.

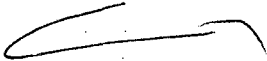
II. Le jugement est réformé en ce sens que A Assurances SA doit verser à X la somme de 14'903 fr. (quatorze mille neuf cent trois francs), avec intérêts à 5% l'an dès le 1<sup>er</sup> novembre 2005.

III. L'arrêt est rendu sans frais.

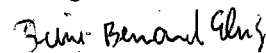
IV. L'intimée A Assurances SA doit verser à la recourante X la somme de 1'200 fr. (mille deux cents francs) à titre de dépens de deuxième instance.

V. L'arrêt motivé est exécutoire.

Le président :



Le greffier :



Du 12 mars 2008

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

Le greffier :



Du 26 MAI 2008

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié en expédition complète, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Philippe Nordmann (pour X ),
- A Assurances SA.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière civile devant le Tribunal fédéral au sens des articles 72 et suivants de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF – RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des articles 113 et suivants LTF. Dans les affaires pécuniaires, le recours en matière civile n'est recevable que si la valeur litigieuse s'élève au moins à 15'000 fr. en matière de droit du travail et de droit du bail à loyer, à 30'000 fr. dans les autres cas, à moins que la contestation ne soulève une question juridique de principe (art. 74 LTF). Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1<sup>er</sup> LTF).

Cet arrêt est communiqué, par l'envoi de photocopies, à :

- Tribunal des assurances.

Le greffier :

*Suzanne Bernand Glig*