



TRIBUNAL CANTONAL

205/I

## CHAMBRE DES RECOURS

---

Séance du 13 mai 2009

---

Présidence de M. COLOMBINI, président  
Juges : M. Giroud et M. Piotet, juge suppléant  
Greffier : Mme Bourckholzer

\* \* \* \* \*

Art.72 LPGA ; 96 LCA ; 44 CO ; 451 ch. 2, 452 al. 2 CPC

La Chambre des recours du Tribunal cantonal prend séance pour s'occuper des recours interjetés par F.\_\_\_\_\_, à Crans-près-Céligny, défendeur, et B.\_\_\_\_\_ SA, à Lausanne, demanderesse,

contre le jugement rendu le 4 mars 2008 par le Tribunal civil de l'arrondissement de La Côte dans la cause divisant les recourants entre eux.

Délibérant en audience publique, la cour voit :

En fait :

A. Par jugement du 4 mars 2008, dont la motivation a été notifiée aux parties le 19 août 2008, le Tribunal civil de l'arrondissement de La Côte a prononcé que le défendeur F.\_\_\_\_\_ doit payer à la demanderesse B.\_\_\_\_\_ SA la somme de 12'203 fr. 60 avec intérêts à 5 % l'an dès le 14 avril 2005 (I), statué sur les frais et dépens (III et IV) et rejeté toutes autres ou plus amples conclusions (V).

La Chambre des recours fait intégralement sien l'état de fait du jugement qui est le suivant :

"1. La demanderesse B.\_\_\_\_\_ 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.

L.\_\_\_\_\_ 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 L.\_\_\_\_\_ SA.

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 3ème jour qui suit celui de l'accident	80% (au max.)
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, la B. \_\_\_\_\_ 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, la B. \_\_\_\_\_ 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 la B. \_\_\_\_\_ 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. La B. \_\_\_\_\_ 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. (...) ».

F.\_\_\_\_\_, défendeur, et L.\_\_\_\_\_ étaient, en 2004 à tout le moins, des membres actifs du club nautique de [...].

2. L.\_\_\_\_\_ a déposé plainte pénale contre F.\_\_\_\_\_, 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 L.\_\_\_\_\_ 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 F.\_\_\_\_\_ a asséné trois coups de poing, deux dans la face, sur le nez et sur les yeux, et sur la nuque de L.\_\_\_\_\_, lequel réalisant ce qui lui arrivait a à son tour donné deux coups de poing à F.\_\_\_\_\_. L.\_\_\_\_\_ 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 I.\_\_\_\_\_). »

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. K.\_\_\_\_\_ (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 [...], ami d'enfance de l'accusé. Il y a en outre le certificat médical précité du psychiatre I.\_\_\_\_\_. 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 la B.\_\_\_\_\_ 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. L.\_\_\_\_\_ 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. K.\_\_\_\_\_, [...] 67, à [...], sur la feuille-accident LAA, L.\_\_\_\_\_ 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 1er octobre 2004.

L.\_\_\_\_\_ et [...], 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 L.\_\_\_\_\_ était en incapacité de travail.

Il ressort de la déclaration d'accident LAA remplie le 14 juillet 2004 par l'employeur de L.\_\_\_\_\_, soit L.\_\_\_\_\_ SA, 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 [...], par le Dr K.\_\_\_\_\_ à [...] et par le Dr I.\_\_\_\_\_, FMH psychiatre et psychothérapie, [...] 14, à [...]. Il est en outre indiqué que le salaire de base annuel brut de L.\_\_\_\_\_ s'élève à 328'740 fr, y compris environ 50'000 fr. de treizième salaire.

Le 7 septembre 2004, le Dr I.\_\_\_\_\_ 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 K.\_\_\_\_\_ de [...] 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, M. L.\_\_\_\_\_ 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 L.\_\_\_\_\_ 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.

L.\_\_\_\_\_, 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 L.\_\_\_\_\_ SA les décomptes des

prestations liées à l'accident non professionnel du 17 juin 2004 survenu à l'assuré L.\_\_\_\_\_ 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 :

Incapacité temporaire de travail	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 [...].

La demanderesse a par ailleurs reçu une note d'honoraires du 6 septembre 2004 du Dr I.\_\_\_\_\_ s'élevant à 35 fr. 50 pour un rapport médical, et une note d'honoraires du 21 septembre 2004 du Dr K.\_\_\_\_\_ s'élevant à 223 fr. 80 pour des soins médicaux, dont elle réclame également le remboursement. La note d'honoraires du Dr K.\_\_\_\_\_ 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 [...] 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° [...], auquel le défendeur a également fait opposition totale.

5. Le 7 avril 2006, le Dr C.\_\_\_\_\_ a envoyé au Dr W.\_\_\_\_\_, médecin-conseil de la demanderesse le courrier suivant :

« (...) Monsieur et cher Confrère,

Ayant repris la patientèle du Dr K.\_\_\_\_\_ 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, M. L.\_\_\_\_\_ 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 I.\_\_\_\_\_ 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 1er octobre 2004.

(...) ».

6. Par demande du 19 septembre 2006, B.\_\_\_\_\_ SA a pris, avec suite de frais et dépens, les conclusions suivantes:

"I. Dire que F.\_\_\_\_\_ est son débiteur et lui doit paiement immédiat de la somme de CHF 43'827.50, plus intérêt (sic) 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, F.\_\_\_\_\_ a pris, avec suite de frais et dépens, les conclusions suivantes :

"I. Les conclusions prises par B.\_\_\_\_\_ SA à l'encontre de F.\_\_\_\_\_ 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, les premiers juges ont considéré en bref que le défendeur était responsable des lésions dont L.\_\_\_\_\_ avait souffert après leur altercation du 17 juin 2004, qu'il existait un lien de causalité naturelle et adéquate entre les faits coupables et les lésions constatées, que les prestations versées à ce titre par la demanderesse, en vertu de l'assurance-accidents de base (LAA), correspondaient à l'ampleur du dommage constaté (perte de gain), qu'aucun motif ne justifiait d'en réduire le montant, que la demanderesse était valablement subrogée aux droits de son assuré (art. 72 LPGA) et qu'elle pouvait donc réclamer le paiement des prestations versées au défendeur. En revanche, s'agissant des prestations allouées par la demanderesse en vertu de l'assurance-accidents complémentaire, les premiers juges ont considéré que cette assurance ne couvrait pas la perte de gain effective, mais uniquement le risque d'incapacité de gain, que cette compagnie d'assurance avait indemnisé par le versement de prestations fixées lors de la conclusion du contrat, qu'il n'y avait pas de subrogation possible au sens de la LCA (art. 96 LCA) et que la demanderesse ne pouvait donc réclamer un quelconque montant de ce chef.

B. Par acte du 28 août 2008, la demanderesse a interjeté recours contre ce jugement,

concluant, avec suite de frais et dépens, à sa réforme en ce sens notamment que le défendeur doit lui payer une somme de 43'827 fr. 50 avec intérêts à 5 % l'an dès le 13 octobre 2004 et que lui sont dus de pleins dépens de première instance.

Par acte du 29 août 2008, le défendeur a également interjeté recours contre le jugement précité, concluant, avec suite de frais et dépens, à sa réforme en ce sens notamment que les conclusions de la demanderesse sont rejetées ; subsidiairement, il a conclu à la nullité.

Par mémoires des 29 septembre et 18 novembre 2008, les parties ont développé leurs moyens et confirmé leurs conclusions.

Par leurs écritures respectives des 12 février et 16 mars 2009, elles ont conclu réciproquement, avec suite de frais et dépens, au rejet du recours de la partie adverse.

#### En droit :

1. La voie du recours en nullité (art. 444 et 445 CPC [Code de procédure civile du 14 décembre 1966, RSV 270.11]) et en réforme (art. 451 ch. 2 CPC) est ouverte contre un jugement principal rendu par un tribunal d'arrondissement.

En l'espèce, les recours interjetés tendent à la réforme du jugement, et pour l'un d'entre eux, subsidiairement à la nullité.

2. En règle générale, le Tribunal cantonal examine en premier lieu les moyens de nullité qui sont dûment développés (art. 470 al. 1 CPC ; Poudret/Haldy/Tappy, Procédure civile vaudoise, 3<sup>ème</sup> éd., Lausanne 2002, n. 2 ad art. 465 CPC, p. 722).

Il peut toutefois déroger à cette règle lorsque le recourant invoque une cause relative de nullité qui doit être examinée en rapport avec le recours en réforme, tels, en particulier, les moyens de nullité subsidiaires des art. 444 al. 1 ch. 3 et 445 al. 1 ch. 2 CPC (Poudret/Haldy/Tappy, op. cit., n. 1 ad art. 470 CPC, p. 730).

En l'espèce, le défendeur fait valoir une violation de son droit d'être entendu, partant une violation d'une règle essentielle de la procédure au sens de l'art. 444 al. 1 ch. 3 CPC, soutenant qu'une expertise judiciaire aurait dû être ordonnée pour démontrer que L.\_\_\_\_\_ n'était plus en incapacité de travail à partir du 10 juillet 2004. Sa requête de mise en œuvre d'une expertise, déposée à l'époque, visait également à faire établir que L.\_\_\_\_\_ présentait une "prédisposition constitutionnelle qui [aurait] eu une

influence sur le dommage allégué par la demanderesse" (all. 20 de la réponse).

Bien que le moyen subsidiaire invoqué doive être examiné, au besoin, après le recours en réforme, il peut cependant être écarté d'emblée. En effet, il appartient en principe à la partie à qui une expertise a été refusée dans l'ordonnance sur preuves de renouveler sa requête devant le tribunal à l'audience de jugement, par une requête en complément d'instruction, selon l'art. 291 CPC (cf. Poudret/Haldy/Tappy, op. cit., n. 3 ad art. 238 CPC, p. 376), ce qui ouvre la voie du recours en nullité de l'article 445 al. 1 ch. 2 CPC. Ces considérations s'appliquent également à la procédure accélérée. L'art. 340 al. 1 CPC ne renvoie certes pas au titre VIII du CPC, notamment aux art. 291 et 299 CPC. Les caractéristiques de la procédure accélérée impliquent toutefois que les facultés offertes par ces dispositions trouvent également application (Muller, Le rôle respectif du juge et des parties dans l'établissement des faits selon la nouvelle procédure accélérée vaudoise, JT 2002 III 110 ss, spéc. p. 141; Ch. rec. n° 54/I du 13 février 2008 ; Ch. rec. n° 926 du 20 décembre 2006). Faute pour le recourant d'avoir renouvelé sa requête à l'audience de jugement, le recours en nullité peut d'emblée être écarté.

3. a) Les conclusions du recours en réforme ne sont ni nouvelles ni plus amples que celles prises en première instance ; elles sont recevables (art. 452 al. 1 CPC).

b) Lorsqu'elle est saisie d'un recours en réforme contre un jugement principal rendu par un tribunal d'arrondissement ayant statué en procédure accélérée, la Chambre des recours revoit librement la cause en fait et en droit (art. 452 al. 2 CPC). Les parties ne peuvent cependant pas articuler de 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<sup>er</sup> CPC). La Chambre des recours revoit la cause en fait et en droit sur la base du dossier, sans réadministration des preuves déjà administrées en première instance. Elle développe ainsi son raisonnement juridique après avoir vérifié la conformité de l'état de fait du jugement aux preuves figurant au dossier et après l'avoir, le cas échéant, corrigé ou complété au moyen de celles-ci (JT 2003 III 3).

En l'espèce, l'état de fait du jugement doit être complété par l'adjonction des articles 9.2 et 9.3 de l'assurance collective accidents complémentaires LAA (cf. pièce 2A) que L.\_\_\_\_\_ a souscrite auprès de la demanderesse, dont la teneur est la suivante :

- "9.2. Le taux d'invalidité est déterminé sur la base de constatations médicales établies en fonction des dispositions figurant à l'Annexe 3 (évaluation des atteintes à l'intégrité) de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA).

En cas de perte partielle ou d'incapacité fonctionnelle partielle, le taux d'invalidité est réduit proportionnellement.

En cas de perte ou d'incapacité fonctionnelle simultanée de plusieurs parties du corps, le taux d'invalidité est établi par addition des divers taux; il ne peut cependant jamais excéder 100%.

Lorsque des parties du corps atteintes par l'accident avaient déjà auparavant perdu partiellement leur intégrité ou leur fonction, le taux d'invalidité préexistant, calculé selon les principes ci-dessus, sera déduit de

celui constaté après l'accident.

Pour les atteintes à l'intégrité qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème sera appliqué par analogie en tenant compte de la gravité de l'atteinte."

- "9.3. Le capital invalidité est calculé, selon la variante de prestations convenue (A ou B: invalidité progressive; C: invalidité simple), comme il suit:

Variantes sur la base de la somme d'assurance ou d'un multiple de cette somme

	A	B	C
- pour la part du taux d'invalidité n'excédant pas 25%	1 fois	1 fois	1 fois
- pour la part du taux d'invalidité supérieure à 25%, mais n'excédant pas 50%	2 fois	3 fois	1 fois
- pour la part du taux d'invalidité excédant 50%	3 fois	5 fois	1 fois

Le capital, exprimé en pour-cent de la somme d'assurance convenue pour l'invalidité, s'établit, dès lors, comme il suit:

Taux d'inva- lité	CAPITAL			Taux d'inva- lité	CAPITAL			Taux d'inva- lité	CAPITAL		
	Variante				Variante				Variante		
%	A	B	C	%	A	B	C	%	A...	B...	C
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
26	27	28	26	51	78	105	51	76	153	230	76
27	29	31	27	52	81	110	52	77	156	235	77
28	31	34	28	53	84	115	53	78	159	240	78
29	33	37	29	54	87	120	54	79	162	245	79
30	35	40	30	55	90	125	55	80	165	250	80
31	37	43	31	56	93	130	56	81	168	255	81
32	39	46	32	57	96	135	57	82	171	260	82
33	41	49	33	58	99	140	58	83	174	265	83
34	43	52	34	59	102	145	59	84	177	270	84
35	45	55	35	60	105	150	60	85	180	275	85
36	47	58	36	61	108	155	61	86	183	280	86
37	49	61	37	62	111	160	62	87	186	285	87
38	51	64	38	63	114	165	63	88	189	290	88
39	53	67	39	64	117	170	64	89	192	295	89
40	55	70	40	65	120	175	65	90	195	300	90
41	57	73	41	66	123	180	66	91	198	305	91
42	59	76	42	67	126	185	67	92	201	310	92
43	61	79	43	68	129	190	68	93	204	315	93
44	63	82	44	69	132	195	69	94	207	320	94
45	65	85	45	70	135	200	70	95	210	325	95
46	67	88	46	71	138	205	71	96	213	330	96
47	69	91	47	72	141	210	72	97	216	335	97
48	71	94	48	73	144	215	73	98	219	340	98
49	73	97	49	74	147	220	74	99	222	345	99
50	75	100	50	75	150	225	75	100	225	350	100.

(...)"

Complété et conforme aux pièces du dossier, l'état de fait du jugement permet à la cour de céans de statuer en réforme, sans devoir procéder à une instruction complémentaire.

4. Dans son recours, la demanderesse soutient être subrogée aux droits de l'assuré L.\_\_\_\_\_ et pouvoir prétendre, à ce titre, au paiement par le défendeur des prestations de 31'623 fr. 90 qu'elle a versées à L.\_\_\_\_\_, en vertu de la police d'assurance collective accidents de droit privé que celui-ci a souscrite auprès d'elle en complément de l'assurance-accidents de base (LAA [Loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.29]). Elle conteste en particulier l'argumentation des premiers juges, selon laquelle la police complémentaire n'aurait pas constitué une assurance contre les dommages, mais une assurance de personne, et qu'il ne pourrait donc y avoir subrogation à concurrence du montant précité (cf. jgt, pp. 21-22).

D'après les conditions générales de la police précitée (cf. pièce 2A), l'assuré qui se trouve en incapacité de travail à la suite d'un accident doit être indemnisé de manière forfaitaire selon le taux médico-théorique, c'est-à-dire abstraitement, et ce, indépendamment de sa capacité réelle de travail (art. 9.2 et 9.3). L'indemnité journalière contractuelle qui lui est versée, calculée par ailleurs au prorata de son salaire au moment de l'accident (art. 14.3), est réduite selon le degré d'incapacité de travail (art. 10.2).

Selon la jurisprudence, on parle d'assurance contre les dommages, lorsque le sinistre couvert est une perte patrimoniale, et d'assurance de sommes, lorsque la prestation de l'assureur est uniquement subordonnée à la survenance de l'événement assuré - par exemple, une atteinte portée au corps humain, à certaines conditions, dans l'assurance-accidents - indépendamment des conséquences pécuniaires de celui-ci (ATF 119 II 361, JT 1994 I 738 ; ATF 133 III 527, SJ 2008 I 101). En l'espèce, comme les premiers juges l'ont pertinemment observé, les conditions générales d'assurance de la police litigieuse ne font nullement allusion à une perte réelle de l'assuré. Au demeurant, l'éventualité d'une réduction des prestations LCA (Loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance; RS 221.229.1) en cas de pluralité de couvertures (art. 10.5 pour l'indemnité journalière) n'est pas significative d'une seule assurance contre les dommages (ATF 133 III 527 précité). Il y a assurance de sommes, soit de personne, lorsque l'indemnité journalière est fixée indépendamment de la perte économique effective et qu'elle n'est due qu'en fonction du salaire assuré, au prorata de l'incapacité de travail (cf. Brehm, L'assurance privée contre les accidents, Berne 2001, n. 14, p. 42, n. 221, p. 126 et n. 376, p. 191 ; Brulhart, Droit des assurances privées, Berne 2008, n. 823, p. 367 ; Graber, Commentaire bâlois, 2001, n. 4 ad art. 96 LCA ; Koenig, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, Berne 1967, p. 467). Typiquement, l'assurance-accidents complémentaire collective (art. 87 LCA) contient une assurance de somme (Maurer, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, Berne 1995, p. 273).

En l'occurrence, la police complémentaire figurant au dossier (cf. pièce 2A), spécifiquement ses art. 9.2 et 9.3, montre bien que l'on se trouve en présence d'une assurance de sommes, qui échappe au principe de la subrogation en vertu de l'art. 96 LCA. Si un doute pouvait exister dans l'interprétation de ses propres conditions générales, c'est à la demanderesse qu'il appartenait de lever ce doute en première

instance dès lors qu'il lui incombait de démontrer que les conditions d'un transfert légal sur sa tête, de la créance contre l'auteur du sinistre, étaient réunies.

Son recours doit par conséquent être rejeté.

5. Dans leurs recours respectifs, les parties s'opposent en outre au sujet de la subrogation que prévoit l'art. 72 LPGA (Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, RS 830.1), qui est applicable à la partie LAA des indemnités déboursées.

En premier lieu, le défendeur conteste qu'un lien de causalité ait pu exister entre l'incapacité de travail que L. \_\_\_\_\_ a invoquée et les lésions qu'il aurait subies à l'époque, en raison de l'accident. Il soutient à cet égard que l'incapacité de travail et la question de sa causalité naturelle eussent dû faire l'objet d'une expertise judiciaire. Certes, un fait technique tel que celui-ci, objet d'une offre de preuve formulée pendant l'instruction (art. 8 CC [Code civil du 10 décembre 1907 ; RS 210]), est susceptible de preuve par expertise (art. 220 CPC). Toutefois, l'offre de preuve présentée doit être concrètement pertinente. En l'occurrence, elle ne l'est pas. La victime a repris son travail à 100 % en 2004. Dès lors, dans l'éventualité où un expert serait désigné, il ne disposerait que des rapports et certificats que les médecins de l'époque ont déposé ; a fortiori, on ne voit pas ce qu'une expertise, ordonnée 5 ans plus tard, pourrait apporter comme élément nouveau. Dès lors, on peut admettre que, compte tenu des circonstances présentes, un complément d'instruction s'avèrerait inutile, qu'il soit entrepris par les premiers juges après renvoi de la cause, ou par la cour de céans dans le cadre de l'art. 456a CPC (sans compter la lourdeur que représenterait, en deuxième instance, la mise en œuvre d'un tel complément).

Le lien de causalité que critique le défendeur doit en fait être examiné sous deux angles : d'une part, sous celui de la LAA, pour savoir s'il se justifiait ou non d'allouer des prestations de l'assurance-accidents sociale, d'autre part, sous l'angle du droit privé (art. 41 CO [Code des obligations du 30 mars 1911 ; RS 220]), pour déterminer si la demanderesse est en droit de faire valoir une créance subrogée dans le cadre de la responsabilité civile. Sur le plan du droit privé, s'agissant de la prédisposition constitutionnelle de L. \_\_\_\_\_, que l'accident aurait révélée et dont s'est prévalu le défendeur, il ne peut y avoir, le cas échéant, que réduction de l'indemnité selon l'art. 44 CO et non rupture du lien de causalité (cf. ATF 110 II 423 c. 2 ; ATF 102 II 33 ; ATF 96 II 392, JT 1972 I 142 ; ATF 80 II 348, JT 1955 I 439).

Dans le cadre de l'assurance-accidents sociale, l'existence ou non d'un lien de causalité s'apprécie plus sévèrement que dans le cadre du droit privé. En ce domaine, le Tribunal fédéral des assurances a opté pour une division tripartite, opérant une distinction entre les accidents graves, les accidents insignifiants ou banaux et ceux encore, de gravité moyenne (ATF 115 V 403 ; ATF 115 V 140 c. 6 ; ATF 129 V 402). Admis même sans expertise psychiatrique dans la première catégorie, le lien de causalité est nié dans la deuxième catégorie et dépend, dans la troisième, d'un faisceau de circonstances qui doit être apprécié globalement, de façon d'autant plus exigeante qu'on se rapproche de l'accident insignifiant, et

d'autant moins sévère que l'on se rapproche de l'accident grave.

Sans être exhaustifs, ces critères sont le caractère impressionnant ou dramatique de l'accident, la gravité des lésions, la durée du traitement, les douleurs ressenties, les complications nées dans les soins, les difficultés de réadaptation et la durée de remise en état de la victime.

Le défendeur prétend que l'événement dommageable du 17 juin 2004 pouvait tout au plus être qualifié d'accident insignifiant ou banal. Si une telle qualification peut être retenue pour une simple chute dans un escalier, il ne saurait en être de même pour des coups portés à la tête. En l'occurrence, le lien de causalité naturelle est établi par les pièces au dossier (cf. rapport du Dr I. \_\_\_\_\_ du 7 septembre 2004), et cela même si, sur le plan pénal, les faits dommageables ont été qualifiés de lésions corporelles simples de peu de gravité, critère qui n'est pas décisif sur le plan civil (art. 53 al. 2 CO). L'on est en effet en présence, ici, d'un cas de gravité moyenne, impliquant la réunion de plusieurs facteurs. Si une lésion physique n'a pas été constatée, confirmant sur ce point l'appréciation du juge pénal, le traitement a été de longue durée par rapport aux lésions subies, les douleurs très présentes, en proportion aux coups portés, et l'incapacité, qui a duré jusqu'au mois de septembre 2004, a elle aussi été proportionnellement longue par rapport aux coups assésés. L'ensemble de ces circonstances a donc justifié le versement à l'assuré des prestations LAA.

Il convient par ailleurs d'ajouter que la vérification du degré de gravité de l'accident, selon les critères fixés par le Tribunal fédéral des assurances, s'impose au juge civil, dans la mesure où le responsable de l'événement dommageable, en l'occurrence, le défendeur, n'est pas lié par la décision d'indemnisation de l'assureur social et peut lui-même en contester le bien-fondé sur le plan civil.

S'il y a ainsi un lien de causalité dans le cadre de l'assurance-accidents sociale ayant fondé l'allocation des prestations, il reste encore à déterminer - ce point étant également discuté - si, en responsabilité civile, dans le cadre de la subrogation invoquée, un motif de réduction en vertu de l'art. 44 CO est justifié.

En principe, la prédisposition qui constitue un facteur d'aggravation du dommage, causé à la suite d'un accident, est un motif de réduction selon l'art. 44 CO (ATF 131 III 12 c. 4, JT 2005 I 488, SJ 2005 I 113 ; ATF 113 II 86, JT 1987 I 442).

Comme la causalité en matière d'assurance-accidents sociale (cf. supra, ch. 5), la question de l'application de l'art. 44 CO comme facteur de réduction s'apprécie plus sévèrement.

Pour la doctrine majoritaire (Oftinger/Stark, Schweizerisches Haftpflichtrecht, Zürich 1995, 6/102, p. 278 ; Frésard-Fellay, Le recours subrogatoire de l'assurance-accidents sociale contre le tiers responsable ou son assureur, thèse Fribourg 2007, n. 1055, p. 350, et réf. citée), la réduction ne peut être qu'exceptionnelle. Pour la doctrine minoritaire (Brehm, Commentaire bernois, 2006, n. 59b ad art. 44 CO), il doit y avoir réduction au motif que l'assureur social protégerait déjà suffisamment la victime. Selon Frésard-

Fellay (op. cit., ibidem), cette option, qui décharge le responsable civil à la charge de la collectivité des assurés sociaux, ne peut être suivie.

Les conditions exceptionnelles permettant la réduction au sens de l'art. 44 CO ne paraissent pas réunies en l'espèce. Si l'on peut hésiter à suivre les premiers juges lorsqu'ils affirment que l'état de santé préexistant de l'assuré n'a pas influé sur la survenance du dommage (cf. jgt, p. 20), au regard des éléments de fait relevés (cf. jgt, pp. 5 et 7), cet état préexistant ne constitue toutefois en rien une situation à ce point exorbitante dans la survenance du dommage qu'une réduction s'imposerait. Une agression pénalement répréhensible peut révéler des suites neuro-psychiques dommageables pouvant reposer sur des prédispositions de la victime sans qu'il y ait là une situation exceptionnelle.

L'on peut ainsi, par substitution de motifs, et pour le surplus, en confirmant les considérants en droit, confirmer le jugement entrepris.

6. En conclusion, les recours doivent être rejetés et le jugement confirmé.

Les frais de deuxième instance de F. \_\_\_\_\_ sont arrêtés à 422 francs.

Les frais de deuxième instance de B. \_\_\_\_\_ sont arrêtés à 616 francs.

Il n'est pas alloué de dépens de deuxième instance.

Par ces motifs,  
la Chambre des recours du Tribunal cantonal,  
statuant en audience publique,  
p r o n o n c e :

- I. Le recours de F. \_\_\_\_\_ est rejeté.
- II. Le recours de B. \_\_\_\_\_ SA est rejeté.
- III. Le jugement est confirmé.
- IV. Les frais de deuxième instance du recourant F. \_\_\_\_\_ sont arrêtés à 422 fr. (quatre cent vingt-deux francs).
- V. Les frais de deuxième instance de la recourante B. \_\_\_\_\_ SA sont arrêtés à 616 fr. (six cent seize francs).

VI. Il n'est pas alloué de dépens de deuxième instance.

VII. L'arrêt motivé est exécutoire.

Le président:

La greffière :

Du 13 mai 2009

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

La greffière :

Du

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 Henri Bercher (pour B.\_\_\_\_\_ SA),
- Me Laurent Schuler (pour F.\_\_\_\_\_).

La Chambre des recours considère que la valeur litigieuse est de 48'827 fr. 50.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière civile devant le Tribunal fédéral au sens des art. 72 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral - RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss 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 LTF).

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

- Tribunal civil de l'arrondissement de La Côte.