

**COUR D'APPEL CIVILE**

---

---

Arrêt du 8 février 2012

---

Présidence de M. COLOMBINI, président  
Juges : Mme Kühnlein et Mme Kistler Vianin, juge suppléante  
Greffière : Mme Vuagniaux

\*\*\*\*\*

**Art. 33 LCA**

Statuant à huis clos sur l'appel interjeté par **A.P.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, demandeur, contre le jugement rendu le 26 septembre 2011 par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal dans la cause divisant l'appelant d'avec **F.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, défenderesse, la Cour d'appel civile du Tribunal cantonal voit :

**En fait :**

**A.** Par jugement du 26 septembre 2011, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté la demande formée le 24 juin 2008 par A.P.\_\_\_\_\_ tendant à ce que F.\_\_\_\_\_ (ci-après : la Caisse ou l'intimée) soit reconnue débitrice de la succession de feu B.P.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée) de la somme de 45'532 fr. 15, avec intérêts à 5 % l'an dès le 13 janvier 2006 (I) et dit qu'il n'était pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens (II).

En droit, les premiers juges ont retenu que la première prétention, à savoir la prise en charge des frais d'hospitalisation en division privée pour le séjour de l'assurée à la Clinique L.\_\_\_\_\_ (ci-après : la Clinique L.\_\_\_\_\_) du 9 novembre 2005 au 31 janvier 2006, n'était pas prescrite. En effet, le délai de prescription de deux ans prévu à l'art. 46 LCA (loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance; RS 221.229.1) courant au plus tôt depuis la seconde requête de garantie le 5 janvier 2006 et au plus tard depuis le 8 février 2006 lorsque la Caisse avait révoqué la première garantie accordée le 11 novembre 2005, la prétention du demandeur n'était pas prescrite lorsque la Caisse avait renoncé à invoquer la prescription le 19 décembre 2007. La cour a considéré que le séjour de l'assurée à la Clinique L.\_\_\_\_\_ était constitutif d'un séjour de réadaptation, dans la mesure où il n'avait pas été l'occasion de procéder à de multiples contrôles médicaux ou à d'autres mesures techniques, mais avait servi à maintenir l'assurée dans un état d'autonomie relatif. Dès lors, ledit séjour ne devait pas être pris en charge, en vertu de l'art. 4.1.9 des conditions générales pour l'assurance maladie complémentaire, qui excluait de l'assurance, notamment, « les séjours justifiés par des soins palliatifs en fin de vie, par des mesures diététiques, de réadaptation, de réhabilitation ou de traitement de la douleur ». La cour a laissé ouverte la question de la prescription de la seconde prétention, à savoir le remboursement d'une facture d'un technicien orthopédique, dans la mesure où elle a déclaré rejeter la demande sur cette question. Enfin, elle a estimé que c'était à bon droit que la Caisse avait remboursé uniquement

les 80 % des frais de location du fauteuil roulant, jusqu'à concurrence d'une facturation brute de 500 fr., à l'exclusion des accessoires orthopédiques.

**B.** Par mémoire du 18 novembre 2011, A.P.\_\_\_\_\_ a fait appel de ce jugement, concluant, avec suite de frais et dépens, principalement, à la modification du jugement attaqué en ce sens que sa demande soit admise (I), que F.\_\_\_\_\_ lui doive immédiat paiement d'un montant de 43'465 fr. 60, avec intérêts à 5 % l'an dès le 13 janvier 2006 (II) et d'un montant de 7'000 fr. à titre de dépens (III); subsidiairement, il a conclu à l'annulation du jugement attaqué et au renvoi de la cause à l'autorité précédente pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

L'intimée n'a pas été invitée à se déterminer.

**C.** La Cour d'appel civile retient les faits suivants, sur la base du jugement complété par les pièces du dossier :

**1.** Le 9 novembre 2005, la Caisse a reçu, par fax, une demande de garantie d'hospitalisation de la part de la Clinique L.\_\_\_\_\_ pour l'assurée B.P.\_\_\_\_\_. Le médecin référant était le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie. La Caisse a garanti la prise en charge des soins relatifs à la phase aiguë du traitement uniquement, à savoir jusqu'au 25 novembre 2005.

Le 5 janvier 2006, la Clinique L.\_\_\_\_\_ a demandé à la Caisse de prolonger la garantie de prise en charge de l'hospitalisation de l'assurée. Le 6 janvier 2006, la Caisse a requis des renseignements médicaux auprès de son médecin-conseil. Le 10 janvier 2006, le Dr N.\_\_\_\_\_ a renseigné le médecin-conseil de la Caisse sur les raisons de l'hospitalisation. Dans ce courrier, il précisait que l'assurée souffrait d'une paraplégie des membres inférieurs, avec apparition d'un déficit au niveau des membres supérieurs qui entraînaient une impotence partielle et surtout une impossibilité de se rendre aux WC. A ce stade, il n'y avait toutefois pas de déficit respiratoire ni de troubles de la déglutition. Le

médecin relevait toutefois qu'il était à craindre que cette composante de la symptomatologie apparaisse prochainement étant donné la dégradation de la situation. Il relevait également qu'il avait vainement essayé de transférer cette patiente dans une institution possédant des lits B ou C. Il s'était heurté à des refus de la part de plusieurs institutions. L'assurée se trouvait actuellement « en attente » pour l'hôpital de Lavaux et le Dr N.\_\_\_\_\_ avait pris contact avec le Dr [...], spécialiste FMH en rhumatologie [...], qui était d'accord de prendre en charge les frais dans le cadre d'une unité de réadaptation. Une amélioration transitoire de l'état de la patiente sous un traitement de physiothérapie intensive pouvait être espérée, raison pour laquelle divers établissements de réhabilitation avaient été contactés. Une tentative de retour à domicile s'était avérée un échec et le CMS refusait de prendre en charge cette patiente en raison de son manque d'autonomie pour aller à selles.

Par courrier du 8 février 2006 adressé à la Clinique L.\_\_\_\_\_, la Caisse a refusé de prendre en charge la part des frais relevant de l'hospitalisation privée, au motif qu'il s'agissait d'un séjour de réadaptation ou de soins palliatifs.

**2.** L'assurée est décédée le 20 juin 2006 au CHUV d'une insuffisance respiratoire globale terminale sur sclérose latérale amyotrophique rapidement progressive. Outre l'assurance-maladie de base, elle bénéficiait auprès de la Caisse des quatre assurances complémentaires suivantes : Ultra, Complementa Plus, Natura et Naturella.

**3.** Par courrier du 3 octobre 2007, Me Gaëlle Geinoz, mandatée par A.P.\_\_\_\_\_ afin de défendre ses intérêts, a mis en demeure la Caisse de prendre en charge la totalité des frais d'hospitalisation, en s'appuyant sur les deux nouveaux rapports médicaux suivants :

- le rapport du 7 août 2007 du Dr N.\_\_\_\_\_ dont il ressort ce qui suit :

« Rappelons tout d'abord que Mme B.P.\_\_\_\_\_ a présenté début mars 2005 l'installation progressive d'une paraparésie sans troubles sensitivo-moteurs ni sphinctériens associés, laquelle est restée de nature incertaine jusqu'au décès bien que les examens pratiqués en cours d'évolution [...] laissent à penser à une forme un peu atypique de sclérose latérale amyotrophique.

L'évolution a été caractérisée par une dégradation rapide des fonctions motrices de la patiente puis l'apparition de troubles de la déglutition et de la respiration.

Les traitements ont comporté l'administration de Ritulek, de vitamines E et d'une physiothérapie intensive ayant pour but de maintenir dans toute la mesure du possible l'autonomie de la patiente. Ultérieurement, l'aggravation des troubles a interdit tout retour à domicile étant donné l'état de dépendance grave de la patiente ne permettant pas à l'époux de s'occuper de Madame B.P.\_\_\_\_\_.

Comme je l'ai écrit dans ma lettre du 10 janvier 2006 au médecin-conseil de F.\_\_\_\_\_, nous avons effectué de nombreuses démarches auprès de plusieurs institutions telles que l'hôpital de Lavaux, l'hôpital d'Orbe, l'institution de Lavigny, etc. qui ont toutes refusé la prise en charge de la patiente étant donné la gravité du cas.

Finalement, devant l'insistance de F.\_\_\_\_\_, Madame B.P.\_\_\_\_\_ a été transférée à l'institution de Béthanie où l'aggravation de son état de santé a rendu rapidement nécessaire un transfert dans le département de médecine du CHUV.

Concernant le séjour de Madame B.P.\_\_\_\_\_ à la clinique L.\_\_\_\_\_, j'estime toujours qu'il ne s'agissait pas d'une prise en charge palliative ni d'un séjour de réadaptation mais bien d'un séjour à but diagnostic et thérapeutique comportant notamment l'administration d'une médication et la prescription d'une physiothérapie intensive.

On ne peut pas non plus à mon sens considérer qu'un patient requiert des soins palliatifs lorsque l'affection dure de 1 à 2 ans et nécessite des traitements importants et notamment une assistance à la déambulation et à la respiration. »

- le rapport médical du 27 septembre 2007 du Dr G.\_\_\_\_\_, du Service de neurologie du CHUV, lequel certifie ne pas avoir connaissance d'un séjour de l'assurée dans son unité postérieur à celui intervenu du 30 mai au 13 juin 2005 et considère qu'il ne peut se déterminer sur le séjour de celle-ci à la Clinique L.\_\_\_\_\_. Ce médecin souligne également que l'indication et le but d'une hospitalisation dépendent généralement du médecin qui la prescrit et la prend en charge et que, dès lors, l'avis du Dr N.\_\_\_\_\_, s'avère prépondérant.

**4.** Le 26 avril 2007, le technicien orthopédiste W.\_\_\_\_\_ a fait parvenir, à l'adresse de la défunte, une facture concernant la location d'un fauteuil roulant et la fourniture de divers viatiques orthopédiques pour un montant de 2'182 fr. 60, lesquelles concernaient la période de septembre 2005 à juin 2006. Selon un décompte de prestations du 9 novembre 2007, la Caisse a pris en charge une partie des frais de location du fauteuil roulant, au titre de l'assurance complémentaire Complementa Plus.

### **En droit :**

**1. a)** Le jugement entrepris, directement motivé, a été envoyé le 18 octobre 2011, de sorte que les voies de droit sont régies par le CPC (Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008; RS 271), entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2011 (art. 405 al. 1 CPC). Le CPC s'applique aux litiges en matière d'assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale, que ceux-ci soient soumis à la juridiction civile ou qu'ils restent de la compétence d'un tribunal des assurances (art. 7 CPC; Ruetschi, in Sutter-Somm/Hasenböhler/Leuenberger Hrsg, Kommentar zur Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO], 2010, n. 15 ad art. 7 CPC).

**b)** Dans un arrêt du 7 juin 2011 (publié in JT 2011 III 143), la Cour d'appel civile a admis la recevabilité d'un appel à la Cour d'appel civile contre les jugements en matière d'assurances complémentaires à l'assurance-maladie rendus par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, dans les cas où la procédure était introduite avant le 1<sup>er</sup> janvier 2011 et le jugement rendu après cette date. Elle a ainsi fait prévaloir le principe constitutionnel de la double instance (art. 129 Cst-VD [Constitution du 14 avril 2003 du Canton de Vaud; RSV 101.01]) sur celui de la prohibition du recours horizontal entre juridictions du même rang. Ce recours horizontal est purement transitoire : il concerne les jugements communiqués après le 1<sup>er</sup> janvier 2011 dans des procédures ouvertes avant cette date. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, les litiges en la matière sont soumis à la juridiction civile ordinaire *ratione valoris* (juge de paix, président de tribunal d'arrondissement, tribunal d'arrondissement ou Chambre patrimoniale cantonale, selon la valeur litigieuse) et pourront faire l'objet d'un appel qui sera adressé, selon la valeur litigieuse, à la Chambre des recours civile ou à la Cour d'appel civile (cf. note de Jean-Luc Colombini, in JT 2011 III 145 s.).

**c)** En tant qu'héritier de l'assurée (art. 560 CC [Code civil suisse du 10 décembre 1907; RS 210]), A.P. \_\_\_\_\_ a la qualité pour agir dans la présente procédure.

**d)** L'appel est recevable contre les décisions finales de première instance (art. 308 al. 1 let. a CPC), dans les causes patrimoniales dont la valeur litigieuse est supérieure à 10'000 fr. (art. 308 al. 2 CPC). Le délai pour l'introduction de l'appel est de trente jours à compter de la notification de la décision motivée (art. 311 al. 1 CPC).

Formé en temps utile par une partie qui y a intérêt (art. 59 al. 2 let. a CPC) et portant sur des conclusions qui sont supérieures à 10'000 fr., l'appel est recevable à la forme.

**2. a)** L'appel peut être formé pour violation du droit ou pour constatation inexacte des faits (art. 310 CPC). L'autorité d'appel peut

revoir l'ensemble du droit applicable, y compris les questions d'opportunité ou d'appréciation laissées par la loi à la décision du juge et doit, le cas échéant, appliquer le droit d'office, conformément au principe général de l'art. 57 CPC. Elle peut revoir librement l'appréciation des faits sur la base des preuves administrées en première instance (Tappy, Les voies de droit du nouveau Code de procédure civile, in JT 2010 III 134).

**b)** Les faits et moyens de preuves nouveaux ne sont pris en compte que s'ils sont invoqués ou produits sans retard et ne pouvaient être invoqués ou produits devant la première instance bien que la partie qui s'en prévaut ait fait preuve de la diligence requise, ces deux conditions étant cumulatives (art. 317 al. 1 CPC; Tappy, op. cit., JT 2010 III 128). Il appartient à l'appelant de démontrer que ces conditions sont réalisées, de sorte que l'appel doit indiquer spécialement les faits et preuves nouveaux et motiver spécialement les raisons qui les rendent admissibles selon lui (Tappy, op. cit., JT 2010 III 136-137).

La doctrine est divisée sur le point de savoir si la maxime inquisitoire, qui s'applique notamment aux litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale (art. 247 al. 2 et 243 al. 2 let. f CPC), est applicable également en appel et si des faits et moyens de preuves nouveaux sont dès lors admissibles en deuxième instance même si les conditions restrictives de l'art. 317 al. 1 CPC ne sont pas réalisées. Certains auteurs considèrent que l'art. 229 al. 3 CPC devrait s'appliquer par analogie (Hofmann/Lüscher, Le Code de procédure civile, 2009, p. 197; Spühler, Basler Kommentar, 2010, n. 7 ad art. 317 CPC; Reetz/Hilber, in ZPO-Komm., n. 14 et 16 ad art. 317 CPC). Cette opinion se fonde essentiellement sur le Message du Conseil fédéral, qui affirme que la maxime inquisitoire, lorsqu'elle est prévue notamment dans certains cas de procédure simplifiée ou sommaire, doit s'appliquer aussi en appel (FF 2006 p. 6982). Comme le relève à juste titre Tappy, le Message se réfère à des règles sur les novae en deuxième instance très différentes de celles retenues par les Chambres. L'art. 317 al. 1 CPC finalement adopté ne contient pas de règle élargissant la possibilité d'invoquer des faits ou preuves nouveaux dans les cas soumis à la maxime inquisitoire,

contrairement à la règle résultant en première instance de l'art. 229 al. 3 CPC. On ne saurait y voir une lacune de la loi et l'on doit bien plutôt admettre qu'il s'agit d'un silence qualifié impliquant qu'en appel les novae seront soumis au régime ordinaire (en ce sens Tappy, JT 2010 III 115; Hohl, Procédure civile, Tome II, 2<sup>e</sup> éd., 2010, n. 2410, p. 437). Les parties peuvent toutefois faire valoir que le juge de première instance a violé la maxime inquisitoire en ne prenant pas en considération certains faits (Hohl, op. cit., n. 2414, p. 438) (cf. JT 2011 III 43).

**c)** L'appel est principalement réformatoire. L'autorité d'appel peut toutefois, à titre exceptionnel, renvoyer la cause en première instance si un élément essentiel de la demande n'a pas été examiné ou si l'état de fait doit être complété sur des points essentiels (Tappy, op. cit., JT 2010 III 148).

**3. a)** Dénonçant une violation de l'art. 33 LCA, l'appelant soutient que les frais d'hospitalisation à la Clinique L.\_\_\_\_\_, du 9 novembre 2005 au 31 janvier 2006, doivent être pris en charge par l'intimée, au titre du produit d'assurance-maladie complémentaire Ultra.

**b)** Selon l'art. 33 LCA, l'assureur répond de tous les événements qui présentent le caractère du risque contre les conséquences duquel l'assurance a été conclue, à moins que le contrat n'exclue certains événements d'une manière précise, non équivoque. En l'espèce, l'art. 4 des conditions générales pour l'assurance maladie complémentaire, dont il n'est pas contesté qu'elles font partie intégrante du contrat d'assurance, prévoit une délimitation de la couverture d'assurance. Selon le point 4.1.9 de cet article, sont exclus de l'assurance, notamment, « les cures d'air, de repos, d'ingestion d'eau et de thalassothérapie, les traitements de l'obésité, les corrections des défauts de la vue, les hospitalisations à caractère médico-social, ainsi que les séjours justifiés par des soins palliatifs en fin de vie, par des mesures diététiques, de réadaptation, de réhabilitation ou de traitement de la douleur ». La couverture d'assurance dont bénéficiait l'assurée exclut donc la prise en charge des séjours de réadaptation et de réhabilitation.

Selon la doctrine, la réadaptation se caractérise par le fait que le traitement de la maladie est en lui-même terminé et que des formes de thérapie sont mises en place pour les suites du traitement. Elle a pour but d'améliorer la capacité physique, afin de rétablir une certaine autonomie des intéressés (Longchamp, Conditions et étendue du droit aux prestations de l'assurance-maladie sociale, Berne, 2004, p. 247 à 253). Elle vise, à l'aide de moyens médicaux, à rétablir des fonctions perdues ou à améliorer des fonctions diminuées (ATF 126 V 323). Dans le cas de maladies chroniques, elle sert à maintenir, voire à améliorer, les fonctions restantes. En revanche, les soins dits aigus visent les soins dispensés généralement à des malades alités, dont l'état de santé est souvent grave et qui ont besoin d'une surveillance continue au moyen d'un personnel nombreux et qualifié et d'appareillages perfectionnés (Longchamp, op. cit., p. 393).

**c)** En l'espèce, l'assurée a présenté, dès le mois de mars 2005, les symptômes d'une sclérose latérale amyotrophique, à savoir d'une paraparésie sans troubles sensitivo-moteurs ni sphinctériens associés. Une telle pathologie engendre une dépendance dans les actes quotidiens, en particulier en raison de la paralysie progressive des membres inférieurs. Le traitement médical durant le séjour litigieux consistait en une médication orale ainsi qu'en de la physiothérapie. Ainsi, selon son médecin traitant, l'assurée n'a bénéficié, au cours de son séjour à la Clinique L.\_\_\_\_\_, que de l'administration de quelques médicaments et d'une physiothérapie intensive, ayant pour but de maintenir dans toute la mesure du possible son autonomie (courrier du 7 août 2007, cf. supra, let. C ch. 3). Du reste, la facture établie le 30 novembre 2007 par la Clinique L.\_\_\_\_\_ mentionne la physiothérapie et quelques médicaments, principalement destinés à calmer les douleurs de l'assurée, à l'exclusion de tout traitement de type aigu; aucune visite d'un médecin n'a été facturée, ni dans le décompte, ni séparément. Le séjour, qui n'a donc pas été l'occasion de procéder à de multiples contrôles médicaux ou à d'autres mesures techniques, a servi uniquement à maintenir l'assurée dans un

état d'autonomie relatif, répondant ainsi à la définition des soins de réadaptation.

Les avis médicaux dont se prévaut l'appelant ne disent pas autre chose. Dans son courrier du 10 janvier 2006, le Dr N.\_\_\_\_\_ a déclaré que l'assurée était hospitalisée « en raison de l'aggravation de l'affection neurologique dont elle souffr[ait] ». Il a précisé qu'elle ne présentait pas de déficit respiratoire et de troubles de la déglutition, de sorte qu'aucune surveillance particulière ne devait être assumée de ce point de vue, et il a ajouté qu'on pouvait espérer une certaine amélioration transitoire de l'état de la patiente sous un traitement de physiothérapie intensive, ce qui justifierait son transfert en établissement de réadaptation. Dans sa lettre du 7 août 2007, ce médecin a expliqué que « le traitement comportait l'administration de Ritulek, de vitamines E et d'une physiothérapie intensive ayant pour but de maintenir dans toute la mesure du possible l'autonomie de la patiente ». L'opinion de ce médecin selon laquelle il ne s'agissait pas d'un séjour de réadaptation, mais d'un séjour à but diagnostique et thérapeutique, importe peu dès lors que la qualification juridique du séjour au vu des faits établis relève de l'appréciation du juge. Quant au Dr G.\_\_\_\_\_ (rapport du 27 septembre 2007), il se dit dans l'impossibilité de donner des informations sur l'état de l'intéressée et son séjour auprès de la Clinique L.\_\_\_\_\_. Il ne ressort donc pas de ces documents que l'assurée a bénéficié de soins aigus durant son séjour à la Clinique L.\_\_\_\_\_ et que la physiothérapie n'est intervenue qu'à titre accessoire et subsidiaire dans les soins prodigués.

L'appelant requiert l'assignation à comparaître en qualité de témoins des Drs G.\_\_\_\_\_ et [...], afin que ces médecins confirment que le séjour à la Clinique L.\_\_\_\_\_ de l'assurée avait pour but l'administration de soins aigus. Les moyens de preuve nouveaux ne sont toutefois admis en appel que s'ils sont produits sans retard et ne pouvaient pas être produits devant la première instance bien que la partie qui s'en prévaut ait fait preuve de la diligence requise (art. 317 al. 1 CPC ; cf. c. 2b ci-dessus). En l'espèce, il apparaît que l'appelant - et celui-ci n'établit pas le contraire - pouvait requérir déjà en première instance

l'audition de ces deux témoins. Partant, son offre de preuve ne peut être admise.

Au vu de ce qui précède, force est de constater que le séjour de l'assurée à la Clinique L.\_\_\_\_\_ était constitutif d'un séjour de réadaptation. Les griefs de l'appelant doivent être rejetés.

**4.** L'appelant soutient que l'intimée doit lui rembourser la facture de l'orthopédiste W.\_\_\_\_\_, datée du 26 avril 2007, d'un montant de 2'182 fr. 60.

L'assurée est au bénéfice de quatre assurances complémentaires. L'art. 4.1.12 des conditions générales pour l'assurance maladie complémentaire exclut de la couverture les frais d'acquisition et de location d'appareils médicaux, d'articles orthopédiques et de prothèses. Toutefois, en dérogation à cet article, l'art. 8.2 des conditions spéciales du produit Complementary Plus prévoit que la Caisse « prend en charge [les moyens auxiliaires], jusqu'à concurrence d'une facturation brute de 500 fr. par année civile, 80 % des frais d'acquisition ou de location d'appareils médicaux et d'articles orthopédiques prescrits par le médecin-traitant ». Aucune prise en charge des accessoires orthopédiques n'est prévue.

Selon cette disposition, la couverture d'assurance ne s'étend pas à la fourniture d'un « coussin Roho », ni à celle d'un « coussin antidécubitus », ni à la location d'un « rollator », puisqu'il s'agit d'accessoires orthopédiques non prescrits par le médecin.

En revanche, l'intimée a pris en charge la location d'un fauteuil roulant standard, dans la mesure suivante :

- du 14 septembre au 31 décembre 2005 : (109 jours de location x 2 fr. 50) + 28 fr. (taxe de base) = 300 fr. 50, dont le 80 % est pris en charge, à savoir 240 fr. 40;

- du 1<sup>er</sup> janvier au 14 juin 2006 : 164 jours x 2 fr. 50 = 410 fr., dont le 80 % est pris en charge, à savoir 328 francs.

En remboursant à l'appelant un montant de 568 fr. 40, l'intimée a ainsi respecté les conditions contractuelles. Les griefs soulevés par l'appelant doivent être rejetés.

**5.** En conclusion, l'appel doit être rejeté en application de l'art. 312 al. 1 CPC et le jugement de première instance confirmé.

Conformément à l'art. 114 let. e CPC, il n'est pas perçu de frais judiciaires.

Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens de deuxième instance à l'intimée qui n'a pas été invitée à se déterminer dans la procédure d'appel.

Par ces motifs,  
la Cour d'appel civile du Tribunal cantonal,  
statuant à huis clos,  
en application de l'art. 312 al. 1 CPC,  
p r o n o n c e :

- I.** L'appel est rejeté.
- II.** Le jugement est confirmé.
- III.** L'arrêt est rendu sans frais judiciaires.
- IV.** L'arrêt motivé est exécutoire.

Le président :

La greffière :

Du 9 février 2012

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 Laurent Damond (pour A.P. \_\_\_\_\_)
- F. \_\_\_\_\_

La Cour d'appel civile considère que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 francs.

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).

La greffière :