

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Jugement du 24 septembre 2009

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : Mme Thalmann et Mme Di Ferro Demierre
Greffier : M. Cuérel

* * * * *

Cause pendante entre :

P._____, à Schaan (Liechtenstein), demandeur, assisté de Me Philippe Nordmann, avocat à Lausanne

et

T._____, **COMPAGNIE D'ASSURANCE**, à Lausanne, défenderesse

Art. 33, 40, 46 LCA ; 1 DTAs-AM ; 106 ss LPA-VD

E n f a i t :

A. a) Le demandeur P._____, né le 16 juin 1955, comptable diplômé de profession, est domicilié au Liechtenstein.

La défenderesse T._____, Compagnie d'Assurance est une société anonyme dont le but social est les opérations d'assurance et de réassurance autre que les assurances directes vie, sans limitation géographique. T._____ Vie, Compagnie d'Assurances est une société anonyme dont le but est l'exploitation par souscription directe ou par voie de réassurance de l'assurance sur la vie humaine. Le siège de ces deux sociétés est à Lausanne.

b) Le 30 novembre 1998, T._____ Vie, Compagnie d'Assurances a conclu avec la société fiduciaire S._____ Sàrl, dont le siège se trouve à Martigny et qui est exploitée notamment par le demandeur, une police d'assurance invalidité (n° [...]) avec effet au 1^{er} novembre 1998 prévoyant une rente annuelle de 75'000 fr. en cas d'incapacité de gain, due après un délai d'attente de 24 mois, payable au maximum jusqu'au 1^{er} janvier 2020.

Le 17 décembre 1998, la défenderesse T._____, Compagnie d'Assurance a conclu avec S._____ Sàrl un contrat d'assurance collective perte de salaire maladie (n° [...]) dont l'entrée en vigueur a été fixée au 1^{er} janvier 1999. Aux termes de ce contrat, les personnes assurées sont le personnel de l'entreprise, y compris les apprentis, de même que le demandeur. L'allocation journalière, qui représente 100 % du salaire, est stipulée payable dès le 15^{ème} jour. Le salaire annuel convenu pour le demandeur est de 90'000 francs. Cette assurance est en outre régie par les conditions générales (ci-après : CGA) dans leur édition de janvier 1996. La couverture d'assurance a été étendue au risque d'accident s'agissant du seul demandeur ; cette extension est régie par les conditions générales complémentaires (ci-après : les CGC) n° 1060 ("Inclusion du risque

"accidents" dans l'assurance maladie collective perte de salaire"), dans leur édition de juillet 1992.

Les CGA contiennent notamment les dispositions suivantes :

1. Définitions

Incapacité de travail

Est réputée incapacité de travail l'impossibilité, pour l'assuré, d'exercer une activité lucrative.

[...]

2. Objet de l'assurance

L'assurance couvre, dans les limites des dispositions contractuelles, la perte de salaire résultant d'une incapacité de travail due à une maladie et attestée par un médecin.

[...]

Prestations de la Compagnie

[...]

8. Objet

¹ En cas d'incapacité totale de travail, la Compagnie verse l'allocation journalière assurée dès l'expiration du délai d'attente indiqué dans la police.

² En cas d'incapacité partielle de travail l'allocation journalière assurée est versée proportionnellement; toutefois une incapacité de travail inférieure à 25 % ne donne droit à aucune prestation ; si l'incapacité de travail atteint ou dépasse $66 \frac{2}{3}$ % et que l'assuré est au bénéfice de prestations de prévoyance professionnelle, l'allocation journalière assurée est versée entièrement.

[...]

⁴ L'incapacité de travail, totale ou partielle, doit être dûment attestée par un médecin (ou par l'employeur selon la disposition prévue au ch. 1).

[...]

9. Durée et épuisement des prestations

¹ L'allocation journalière assurée est versée tant que dure l'incapacité de travail, mais au maximum 730 jours dans une période de 900 jours consécutifs ; [...]. Le délai d'attente éventuellement

convenu est imputé sur la durée de versement des prestations ; pour le calcul de cette durée, les jours d'incapacité partielle de travail d'au moins 25 % comptent comme jours entiers.

[...]

⁵ Les dispositions figurant à l'alinéa précédent ne sont pas applicables si l'allocation journalière est fixée sur la base d'un salaire convenu (assurance de sommes).

14. Allocation journalière fondée sur le salaire

¹ L'allocation journalière est déterminée d'après le dernier salaire AVS que l'assuré a reçu dans l'entreprise déclarée avant la maladie, y compris les éléments de salaire non encore perçus auxquels il a droit. Ce salaire est converti en gain annuel et divisé par 365.

[...]

⁴ [...] quant aux personnes assurées sur la base d'un salaire convenu, seul celui-ci est déterminant. La dernière phrase de l'alinéa 1 ci-dessus s'applique par analogie.

Les CGC prévoient pour leur part notamment ce qui suit :

1. But de l'assurance et définition de l'accident

L'assurance couvre les conséquences économiques d'un accident dans les limites des dispositions contractuelles. Elle ne peut être conclue que complémentirement à l'assurance maladie collective perte de salaire.

[...]

2. Accidents assurés

Sont assurés les accidents professionnels et non professionnels, ainsi que, en dérogation au chiffre 4 a CGA, les maladies professionnelles au sens de l'assurance accidents obligatoire (LAA).

[...]

4. Durée et épuisement des prestations

L'allocation journalière en cas d'accident est assurée conformément aux règles applicables au risque maladie (chiffre 9 CGA). Les prestations en cas d'accident sont versées indépendamment de celles dues en cas de maladie.

[...]

6. Conditions applicables

Les conditions générales de l'assurance maladie collective perte de salaire s'appliquent par analogie à la couverture du risque accidents.

B. a) Le 17 septembre 1999 vers 23 heures environ, le demandeur a été victime d'une chute dans les escaliers du parking du Panorama à Vevey. Il a été hospitalisé à l'hôpital V._____ où il est demeuré jusqu'au 20 septembre 1999. Le demandeur a également séjourné notamment à la clinique T._____ à [...] (service de rééducation neurologique et orthopédique) du 5 octobre au 30 novembre 1999.

Cet accident a été déclaré à la défenderesse le 9 octobre 1999.

b) Dans un rapport du 11 octobre 1999, les médecins de l'hôpital V._____ écrivent notamment que le demandeur a été admis ensuite d'une chute dans les escaliers avec probable perte de connaissance mais que le status neurologique à l'entrée est normal, à part une amnésie circonstancielle de même qu'un hématome occipital et frontal.

La Dresse G._____, médecin-chef du service de neurologie de l'hôpital D._____, a établi, le 20 septembre 2000, un rapport d'expertise à la demande de la compagnie d'assurances N._____ (auprès de laquelle le demandeur était assuré au titre de l'assurance-accidents). Dans ce rapport, l'experte constate que du point de vue strictement neurologique, le demandeur ne présente aucune incapacité de travail mais qu'il existe, sur le plan psychique, des conséquences post-traumatiques qui devraient selon elle faire l'objet d'examens complémentaires.

Le 4 décembre 2000, le Dr H._____, spécialiste FMH en neurologie, a à son tour déposé un rapport d'expertise, cette fois-ci à l'attention de la défenderesse. Ce médecin y relève le contraste entre l'importance des plaintes ainsi des que altérations neuropsychologiques avec le caractère objectivement mineur du traumatisme crânien initial. S'il ne fait selon lui aucun doute que le demandeur a été victime d'un traumatisme crânien (ci-après TCC), celui-ci est toutefois mineur compte

tenu de la brièveté de la perte de connaissance, de la brièveté relative de l'amnésie circonstanciée, de la normalité de l'examen neurologique à l'admission à l'hôpital et de l'absence d'anomalie à l'IRM cérébrale ainsi qu'aux différents examens fonctionnels. Selon l'expert, la relation de causalité entre le tableau clinique présenté par le demandeur et l'accident du 17 septembre 1999 n'est qualifiée que de "possible". Il abonde dans le sens de l'experte G._____, selon laquelle un examen psychiatrique s'impose. En conclusion de son rapport, l'expert pose ce qui suit :

"[...] 4. Diagnostic ?

- Status un peu plus d'un an après un TCC mineur.
- Troubles psychologiques et neuropsychologiques d'origine indéterminée.

5.

- a. Quelles sont les plaintes émises par le patient et les troubles constatés qui sont dus, de façon certaine ou au moins probable, à l'accident invoqué ? Comment motivez-vous votre réponse ?
- b. Des facteurs étrangers à l'accident influencent-ils le cours de la guérison ? si oui, lesquels et dans quelle mesure ?
- c. Cas échéant, est-il possible de considérer qu'à partir d'un certain moment, les plaintes ne sont plus en rapport avec l'accident, mais uniquement consécutive à des facteurs étrangers à l'accident ? Dans l'affirmative, quand placer ce moment ?

En relation de causalité naturelle persistante avec l'accident du 17.09.1999, on peut admettre la persistance de cervico-céphalalgies modérées, de quelques troubles de la mémoire et de la concentration.

Comme mentionné ci-dessus, M. P._____ présente encore actuellement indubitablement des troubles neuropsychologiques et de la personnalité sévères. L'importance des troubles précités contraste néanmoins avec la discrétion du traumatisme crânio-cérébral subi par le patient le 17.9.1999. En conséquence, on peut estimer qu'il existe une relation de causalité naturelle possible (moins de 50 %) entre les troubles actuels et l'accident du 17.9.1999, les troubles neuropsychologiques présentés par M. P._____ pouvant encore correspondre à des troubles somatiques d'origine malade (telle qu'une démence dégénérative débutante) ou à des troubles d'origine psychiatrique.

A relever que s'il s'agit de troubles psychiatriques, la relation de causalité naturelle doit être également écartée étant donné que la discrétion du traumatisme crânio-cérébral ne saurait expliquer une telle évolution psychologique dans le cours ordinaire des choses.

Dans une telle situation, il n'est pas possible de déterminer le moment du retour au statu quo ante/sine étant donné l'incertitude diagnostique.

5. Quelles sont en définitive les lésions imputables à l'accident et dans quelle mesure réduisent-elles la capacité de travail de l'assuré ?

Comme mentionné plus haut, il n'est pas possible de déterminer avec certitude les lésions imputables à l'accident et en conséquence la réduction de la capacité de travail de l'assuré en relation avec les suites de l'accident du 17.9.1999. La relation de causalité entre les troubles et l'accident du 17.9.1999 n'atteignant néanmoins pas à mon sens le degré du vraisemblant, il n'y a en principe pas d'incapacité de travail actuellement imputable à l'accident.

6. Quelle que soit la cause (maladie ou accident) de cette incapacité de travail, quel pronostic ?

Comme mentionné plus haut, si l'on se base sur le résultat des différents examens neuropsychologiques, la capacité de travail ne dépasse effectivement pas 25 %. Il est trop tôt pour se prononcer sur l'évolution de cette incapacité de travail, mais étant donné le caractère totalement stationnaire des plaintes depuis de nombreux mois, il est à craindre que l'état de M. P. _____ persistera voire s'aggraver.

7. Est-ce qu'un traitement médical serait susceptible d'améliorer l'état actuel ? Si oui, lequel et par qui ?

Sur le plan somatique, il s'agit de poursuivre le traitement actuel. Néanmoins, il n'est pas vraisemblablement à attendre de la poursuite de ce dernier une amélioration de l'état de santé ainsi que de la capacité de travail du sujet. Comme mentionné plus haut, je pense tout comme la Dresse G. _____ qu'une appréciation psychiatrique s'impose. Selon le résultat de cette appréciation, il y aura peut-être un traitement psychiatrique à instaurer.

8. Avez-vous d'autres informations à nous communiquer ?

Un cas d'école ! [...]"

c) Le 15 décembre 2000, la défenderesse a écrit au demandeur que selon l'expertise effectuée par le Dr H. _____, il n'existait plus de relation de causalité avec l'accident du 17 septembre 1999 à fin novembre 2000 et que dès le 1^{er} décembre 2000, le cas "passait en maladie". Le même jour, un décompte a été adressé au demandeur, décompte selon lequel un montant 11'303 fr. 30, représentant 61 jours indemnisés à 185 fr. 30 le jour (au taux de 75 %), lui était versé.

d) La défenderesse a mandaté l'agence de détectives privés U._____ Sàrl afin qu'elle "récolte toutes informations ou moyens de preuve propres à déterminer le degré de mobilité réel du demandeur ainsi que les conséquences de son handicap sur ses activités".

Le 19 février 2001, cette agence a déposé le rapport suivant :

[...]

e) La défenderesse a versé des indemnités journalières au demandeur du 2 octobre 1999 (à l'échéance du délai d'attente contractuel de 14 jours) au 31 décembre 2000, ce qui représente un total de 457 indemnités journalières.

Le 12 mars 2001, elle a écrit au demandeur pour l'informer que, selon son service des sinistres, il s'était rendu coupable de fraude à l'assurance, ses diverses activités étant manifestement incompatibles avec le taux d'incapacité de travail présenté. Dès lors, en application de l'art. 40 LCA, elle procédait à la résolution du contrat à compter de l'entrée en vigueur du dernier renouvellement, soit dès le 1er janvier 1999. Elle requérait en outre le remboursement de 86'465 fr. 20 pour le dossier accident et de 5'744 fr. 30 pour le dossier maladie.

f) Dans un avis médical du 20 avril 2001, le Dr C._____, médecin-chef du service de rééducation neurologique, orthopédique et rhumatologique de la clinique T._____, à [...], a écrit que le demandeur avait séjourné du 5 octobre au 30 novembre 1999 en ladite clinique. Le diagnostic qui avait été retenu était celui de syndrome post-commotionnel avec cervicalgies, troubles neuropsychologiques (troubles de la concentration, mnésiques, fatigabilité), lombalgies, douleurs antérieures du genou après un accident survenu le 18 septembre 1999 avec traumatisme crânio-cérébral. Et ce médecin d'écrire encore que des TCC apparemment relativement bénins pouvaient avoir des conséquences dramatiques, comme chez le demandeur.

g) Ensuite d'une plainte déposée par la défenderesse contre le demandeur pour escroquerie, le Juge d'instruction de l'arrondissement de l'Est vaudois a rendu le 31 juillet 2002 une ordonnance de non-lieu dans laquelle il retient qu'il n'a pas été établi que l'accident ait été simulé ou que le demandeur ait travaillé à un taux supérieur à 25 % depuis le 1^{er} février 2000. Cette décision a été confirmée par un arrêt du Tribunal d'accusation du 19 septembre 2002.

Dans le cadre de cette enquête pénale, différents témoins ont été entendus.

Lors de son audition, le dénommé B._____ a en substance expliqué qu'à une date dont il ne se souvenait pas mais qui pourrait être le 17 septembre 1999, en fin de soirée, il avait trouvé le demandeur allongé sur le sol, quasi inconscient, dans l'ascenseur du parking du Panorama à Vevey, les pieds à l'extérieur. Selon lui, le demandeur allait vraiment mal ; par bribes, il avait pu lui faire comprendre qu'il avait chuté dans les escaliers. Le témoin avait alors appelé une ambulance.

Le détective M._____ a pour sa part précisé que son mandat avait consisté à surveiller le demandeur afin d'établir le taux d'incapacité de travail, soit à relever les faits et gestes de ce dernier. Il n'avait jamais affirmé catégoriquement que celui-ci créait des sociétés écrans avant de

les revendre ni qu'il transférait des biens existants dans une nouvelle société avant que l'ancienne parte en faillite ; de tels renseignements lui avaient été fournis à titre de base de travail et il avait toujours fait usage du conditionnel dans son rapport. Son enquête n'avait d'ailleurs pas porté sur les activités des sociétés du demandeur.

K._____, l'ex-amie du demandeur, a déclaré que son frère, qui était un client du demandeur, s'était rendu en septembre ou octobre 1999 dans les locaux de l'une des sociétés exploitées par le demandeur et qu'il l'avait vu travailler tout en portant une minerve. Ce témoin a encore déclaré, sans autre précision, qu'à sa connaissance, le demandeur travaillait normalement en 2000 et qu'il était un grand travailleur qui oeuvrait nuit et jour.

Lors de son audition du 17 octobre 2001, le demandeur a déclaré qu'il avait bien été victime d'une chute le 17 septembre 1999, qui avait engendré une incapacité de travail de 75 %. Il a assuré n'avoir jamais travaillé à plus de 25 %, ce dont il aurait d'ailleurs été incapable, même s'il l'avait voulu.

Entendue comme témoin le 14 novembre 2001, Q._____ a exposé qu'elle travaillait pour le demandeur à l'époque de son accident. Celui-ci avait expliqué avoir été victime d'une chute dans les escaliers du parking du Panorama et qu'une tierce personne l'avait découvert inconscient. Il avait été hospitalisé durant un assez long laps de temps. Avant son accident, il lui avait proposé, de même qu'à l'une de ses collègues de travail, de reprendre à leur compte sa fiduciaire ; après l'accident, il avait renouvelé cette offre. Le témoin a en outre indiqué qu'à une certaine période, le demandeur passait régulièrement au bureau afin qu'elle et ses collègues puissent le questionner de manière précise et ciblée car il n'arrivait plus à se concentrer ; il faisait un bref passage le matin puis revenait tout aussi brièvement l'après-midi ; à deux reprises, il avait perdu connaissance au bureau. De l'avis du témoin, le demandeur n'avait jamais effectué des journées complètes de travail ; pour l'an 2000,

ce dernier devait avoir facturé des prestations pour un montant de l'ordre de 5'000 francs au maximum.

Auparavant, savoir le 18 mai 2001, Q._____ avait établi la déclaration écrite suivante :

"Je soussignée, Q._____, à [...], en ma qualité de personne ayant repris au fur et à mesure les activités de la fiduciaire de Monsieur P._____ depuis l'année 2000, atteste par la présente déclaration que celui-ci ne travaille pas plus d'une à quatre heures par jour en moyenne, ce qui représente 10 à 15 heures par semaine. Son travail consiste principalement à la mise en ordre des dossiers qu'il m'a transmis ; il m'assiste dans les dossiers que j'ai repris ; il n'a que peu de contacts avec ses anciens clients. Je confirme également que P._____ passe à la rue [...], à Vevey, pour y traiter ses affaires privées. Il profite aussi du lit pliable qu'il a dans son bureau pour se reposer. Monsieur P._____ a en effet un besoin sérieux de repos depuis l'accident dont il a été victime en 1999. [...]"

Enfin, lors de son audition du 19 juillet 2002, le témoin F._____, une connaissance du demandeur, a en substance déclaré qu'il avait rencontré ce dernier en 2000 et en 2001 et que celui-ci ne se portait pas bien ; son état de santé l'avait inquiété.

h) Le 23 octobre 2002, un commandement de payer portant sur la somme de 135'000 fr. plus intérêt a été notifié à la défenderesse à la requête du demandeur. Sous rubrique "cause de l'obligation", il est mentionné : "créance ouverte".

i) Le Dr J._____, psychiatre à Delémont, a été mandaté pour effectuer une expertise dans le cadre de la procédure initiée par le demandeur devant l'autorité liechtensteinoise de l'assurance-invalidité.

Ce praticien a déposé son rapport le 10 avril 2003. Il y pose le diagnostic d'encéphalopathie post-commotionnelle et place l'origine de ce trouble dans l'accident dont le demandeur a été la victime, à plus de 90 %. Il précise au demeurant que l'incapacité de travail et de rendement du demandeur est de 85 à 90 %, ce pour une durée indéterminée.

Dans un avis médical du 1^{er} juillet 2003, le Dr X._____, de l'Office de l'assurance-invalidité pour les étrangers, écrit notamment qu'"en ce qui concerne l'AI, il n'y a aucun doute que l'incapacité de travail de l'assuré est celle correspondant à une rente entière, en relation directe avec l'accident du 17.09.99, sans aucune diminution de capacité de travail antérieure".

Par décision du 25 juillet 2003, l'Office de l'assurance-invalidité liechtensteinois a arrêté à 100 % le degré d'invalidité du demandeur et lui a accordé une rente dès le 1^{er} octobre 2001.

L'Office suisse de l'assurance-invalidité a pour sa part reconnu au demandeur, par décision du 6 août 2003, le droit à une rente entière dès le 1^{er} septembre 2000, fixant le degré d'invalidité à 90 %.

j) Le 30 novembre 2003, la compagnie d'assurances W._____, en sa qualité de caisse de prévoyance de la société R._____ Sàrl, a adressé un décompte au demandeur, lui reconnaissant une incapacité de travail de 100 % du 18 septembre 2001 au 31 décembre 2003.

k) Le 7 octobre 2003, la défenderesse a notamment écrit au conseil du demandeur qu'elle invoquait la prescription de l'art. 46 LCA pour tout ce qui pouvait concerner les conséquences de l'accident du 17 septembre 1999, celle-ci étant acquise depuis le 3 octobre 2001, soit en particulier largement antérieurement à la notification du commandements de payer du 23 octobre 2002.

l) Les comptes pour les exercices 2000 - 2001 des sociétés E._____ SA, A._____ SA, S._____ Sàrl et L._____ AG, toutes gérées notamment par le demandeur, ont été produits au dossier. Leur teneur est la suivante :

[...]

m) Les éléments suivants ressortent de différents avis et certificats médicaux produits au dossier, s'agissant en particulier de la reprise par le demandeur de son activité professionnelle :

- Avis médical du 20 avril 2001 du Dr C. _____ :

"[...] J'avais convenu avec le patient que, dans le cadre de sa rééducation, il se rende à son travail après sa sortie de clinique, afin de s'habituer si possible, lentement, à la situation, au stress professionnel. Ceci, bien entendu, sans objectif de rentabilité aucune au départ. En effet, la tactique de la rééducation neuropsychologique consiste à se réintroduire seulement très progressivement et ceci dans les limites de la fatigabilité, des troubles de la concentration et de la mémoire, dans le travail antérieur.

Par ailleurs, au vu des responsabilités importantes qu'avait le patient, il ne s'agissait pas d'entraîner des erreurs, voire des pertes financières. [...]"

- Avis médical du 22 février 2007 du Dr C. _____ :

"[...] 2. Précision par rapport à la lettre du 20.04.01 [...], au paragraphe 4 : "je précise qu'au moment de la sortie de la clinique de clinique T. _____ le 33.11.1999, le patient était en incapacité de travail totale. Cependant, j'avais encouragé le patient à progressivement prendre contact avec son milieu professionnel, au lieu de rester toute la journée à domicile, sans obligation de rentabilité professionnelle aucune. Ceci est une méthode de reprise de travail, pour une reprise effective ultérieure à déterminer selon la rentabilité effective du patient. Je ne peux m'exprimer sur la durée de cet "essai professionnel thérapeutique", n'ayant pas suivi le patient ambulatoirement par la suite. C'est le Dr S. _____ qui a été le médecin traitant par la suite. Il est donc normal, même avec une incapacité de travail totale, que la voiture de Mr P. _____ se trouve à proximité de son lieu de travail."

- Certificat médical du 26 février 2007 du Dr S. _____, spécialiste FMH en médecine interne (cardiologie) :

"Je, soussigné, Docteur en Médecine, certifie à la demande du patient que je n'ai jamais modifié la stratégie de reprise du travail préconisée par le Dr. C. _____ dans sa lettre de sortie de clinique T. _____ du 29.11.1999 et motivée dans sa lettre du 20.04.2001 [...].

Ayant régulièrement suivi le patient avant et après sa sortie de clinique T. _____, j'ai apprécié par la suite son taux d'activité en

fonction de son état de santé en tenant compte de ses horaires de travail avant la survenue de son accident le 17.09.1999.

Je confirme donc qu'il est normal que la voiture du patient stationne à proximité de ses bureaux indépendamment du taux d'incapacité de travail. Il n'a jamais existé une relation entre le temps de stationnement du véhicule à Vevey et son taux d'incapacité de travail qui était à 75% au début 2001."

- Avis médical du 19 juin 2007 du Dr S. _____ :

"Tout d'abord, je relève et tiens à souligner concernant le chiffre 2, que le terme "Essais professionnel thérapeutique" est une "création" de la T. _____, Compagnie d'Assurance et non du Dr. C. _____.

Le Dr C. _____ avec qui je m'étais concerté a toujours parlé de méthode et de stratégie de reprise du travail. Il n'a jamais été question "d'essai thérapeutique" comme veut le faire croire Monsieur [...].

Au vue de la clinique du patient (notamment hypersomnie et difficultés mnésiques et de concentration), celui-ci avait besoin de périodes de repos multiples au cours d'une journée de travail. A cause de sa clinique, son rendement productif (lenteur) était effondré.

Contrairement à ce qu'affirme la T. _____, Compagnie d'Assurance, j'ai donc préconisé la continuation de la stratégie de reprise du travail mise en place par le Dr. C. _____ à la sortie de clinique T. _____ pour ne pas risquer d'aggraver encore davantage la clinique du patient.

Celui-ci devait donc se rendre au travail plusieurs fois par jour, pour travailler selon ses possibilités 1 ou 2 heures d'affilée avec des pauses en cas de besoin, alterné avec des périodes de repos. J'ai régulièrement vu et examiné le patient et apprécié périodiquement le taux de capacité de travail.

Les examens médicaux ultérieurs, notamment les expertises du Dr. J. _____, Centre [...], Delémont, m'ont à posteriori conforté dans mon opinion que la méthode de reprise de travail mise en place conjointement entre le Dr C. _____ et moi-même était la bonne.

Contrairement à ce que veut faire croire la T. _____, Compagnie d'Assurance, cette stratégie n'a jamais été modifiée et elle était donc toujours en vigueur, inchangée, en 2001.

Bref, la conclusion hâtive, affirmant (à la seule vue de la voiture de M. P. _____ près de son lieu de travail confirmé par des détectives privés) qu'il travaille à 50, 75 % ou 100 %, ne tient pas debout".

- Selon une carte de contrôle remplie par le Dr S. _____, l'incapacité de travail du demandeur s'est élevée à 75 % du 29 octobre

2000 au 1er avril 2001, à 100 % du 2 avril 2001 au 1er juillet 2001 et à 80 % à compter du 2 juillet 2001 et en tout cas jusqu'au 19 septembre 2001.

- Il ressort d'un rapport d'expertise réalisé le 24 février 2005 par le Prof. R._____, spécialiste en psychiatrie et neurologie à Feldkirch (Autriche), que depuis son accident, le demandeur souffre d'une altération de sa capacité cérébrale, causée par ledit accident, et que son incapacité de travail s'élève à 100 %, au mieux à 80 %.

- Enfin, le dossier de la cause contient encore plusieurs autres comptes-rendus d'examens, dont certains faits à Paris.

n) Par jugement du 4 octobre 2005, le Fürstliches Landgericht du Liechtenstein a condamné la compagnie d'assurances N._____ à verser les prestations de l'assurance-accidents dues à la suite de l'accident litigieux, ce pour toute la période s'étendant de cet événement jusqu'à la date du jugement. Ce tribunal a notamment considéré que durant cette période, le demandeur s'était trouvé en incapacité d'exercer son activité professionnelle à un taux atteignant pratiquement 100 %, au mieux 80 % (pp. 19 - 20). Cette décision a été confirmée par l'Oberster Gerichtshof ensuite d'un recours interjeté par l'assureur.

o) Figure encore au dossier une cassette vidéo produite par la défenderesse.

C. Par demande du 23 décembre 2003, P._____ a saisi la Cour civile du Tribunal cantonal, concluant, avec dépens, à ce que la T._____, Compagnie d'Assurance est sa débitrice de 90'000 fr. plus intérêt à 5 % l'an dès la date de la demande (I), à ce que la T._____ Vie, Compagnie d'Assurances est sa débitrice d'une rente annuelle d'invalidité de 75'000 fr. depuis le 17 septembre 2001, avec intérêt à 5 % l'an dès chacun des trimestres échus (II) et à ce que la T._____ Vie, Compagnie d'Assurances est sa débitrice de 3'525 fr. avec intérêt à 5 % l'an dès le 23 décembre 2003.

Par jugement incident du 14 juin 2004, le juge instructeur de la Cour civile a reporté la cause devant le Tribunal des assurances en tant qu'elle concerne la défenderesse T._____, Compagnie d'Assurance (conclusion I), la Cour civile restant compétente pour traiter de la demande dirigée contre T._____ Vie, Compagnie d'Assurances (conclusions II et III).

Dans son mémoire de réponse du 28 février 2005, la défenderesse a conclu à l'irrecevabilité de la demande, invoquant la prescription, et subsidiairement à son rejet, sans frais ni dépens à sa charge.

S'en est suivi un second échange d'écritures (réplique du 9 novembre 2005 et duplique du 10 février 2006), puis plusieurs déterminations successives.

Une audience s'est tenue le 17 octobre 2007.

Par courrier du 27 novembre 2007, le demandeur a réduit sa prétention à l'encontre de T._____, Compagnie d'Assurance à 71'538 fr. 25 avec intérêt à 5 % dès le 1^{er} octobre 2000 (échéance moyenne).

E n d r o i t :

1. Le contrat d'assurance dont il est question dans la présente cause n'est pas soumis à la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal, RS 832.10). S'agissant d'une assurance complémentaire, il est régi par le droit des assurances privées, soit par la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA, RS 221.229.1) (art. 12 al. 3 LAMal).

Conformément à l'art. 1 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

(DTAs-AM, RSV 173.431), le présent litige relève de la compétence dudit tribunal, respectivement de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui lui a succédé à compter du 1^{er} janvier 2009.

S'agissant désormais d'un contentieux de droit privé et non plus de droit administratif, la procédure en cette matière est régie non plus par les dispositions relatives au recours administratif mais par l'art. 85 LSA (loi fédérale du 17 décembre 2004 sur la surveillance des entreprises d'assurance, RS 961.01) ainsi que par les art. 106 ss LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 174.36) concernant l'action de droit administratif (CASSO, 28 avril 2009, AMC 27/03).

La valeur litigieuse étant supérieure à 30'000 fr., la cause, valablement introduite en la forme, ressortit à la compétence de la Cour constituée de trois juges (art. 94 al. 1 LPA-VD a contrario, par renvoi de l'art. 107 LPA-VD).

2. a) A la différence de la couverture des soins de l'assurance-maladie sociale, les assurances-maladie complémentaires ne sont pas régies exhaustivement par la loi ; elles relèvent, avec les restrictions propres au droit du contrat d'assurance régi par la LCA, du principe de la liberté contractuelle, qui implique non seulement la liberté de contracter ou de ne pas contracter, mais aussi d'aménager le contenu des rapports contractuels (Brulhart, Droit des assurances privées, Berne 2008, pp. 120 ss).

Dans la pratique, les conditions d'assurance forment le contenu ordinaire et typique du contrat d'assurance ; elles se subdivisent en conditions générales (art. 3 al. 1^{er} LCA) et en conditions particulières, lesquelles font partie intégrante du contrat (Brulhart, loc. cit.). En l'espèce, l'art. 27 CGA (applicable par analogie s'agissant du risque d'accident - art. 6 CGC) prévoit expressément qu'outre la proposition et les conditions d'assurance, la LCA constitue, au surplus, la base du contrat d'assurance.

b) A teneur de l'art. 33 LCA, sauf disposition contraire de cette même loi, 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'occurrence, le demandeur est assuré autant contre le risque de maladie que contre celui d'accident, professionnels ou non professionnels.

3. a) La défenderesse fait grief au demandeur d'avoir prétendu se trouver en incapacité de travail alors même qu'il était en réalité capable de travailler et qu'il aurait par ailleurs selon elle effectivement travaillé. Se fondant, à l'appui de son argumentaire, sur le rapport établi par l'agence de détectives U. _____ Sàrl de même que sur les comptes des sociétés exploitées par le demandeur, qui démontreraient que l'emploi du temps du demandeur entre le 25 janvier et le 11 février 2001 était totalement incompatible avec une activité réduite à 25 %, elle s'est notamment départie du contrat d'assurance litigieux en application de l'art. 40 LCA.

Le demandeur conteste pour sa part les allégations de la défenderesse, en particulier quant au fait qu'il aurait travaillé, et requiert l'exécution par cette dernière de ses obligations contractuelles.

b) Selon l'art. 40 LCA, si l'ayant droit ou son représentant, dans le but d'induire l'assureur en erreur, dissimule ou déclare inexactement des faits qui auraient exclu ou restreint l'obligation de l'assureur, ou si, dans le but d'induire en erreur l'assureur, il ne fait pas ou fait tardivement les communications que lui impose l'article 39 LCA, l'assureur n'est pas lié par le contrat envers l'ayant droit.

L'application de l'article 40 LCA implique la réunion de deux conditions: l'une objective, soit une déclaration inexacte ou une dissimulation qui peut influencer sur l'octroi et le montant des prestations à

verser par l'assureur, et l'autre subjective, soit l'intention d'induire en erreur, même si celle-ci n'a pas abouti à l'offre d'une prestation indue (Viret, Droit des assurances privées, 2^{ème} éd., p. 137 ; Kuhn et Montavon, Droit des assurances privées, pp. 177-178). La preuve de l'intention frauduleuse et de l'inexactitude des faits relatés incombe à l'assureur. Celui-ci doit encore démontrer que les faits réels, s'ils avaient été décrits de façon exacte par l'assuré, lui auraient permis de réduire ses obligations ensuite d'un sinistre.

Celui qui élève une prétention contre l'assureur supporte le fardeau de la preuve de la survenance du sinistre. Comme la preuve des faits fondant la prétention se heurte régulièrement à des difficultés dans le domaine du contrat d'assurance, la jurisprudence a depuis longtemps admis un allègement du fardeau de la preuve incombant au preneur d'assurance, en ce sens qu'il lui suffit d'établir avec une vraisemblance prépondérante l'existence des faits justifiant la prétention d'assurance qu'il fait valoir (TF, 1^{er} février 1996, 5C.240/1995, c. 2a ; 5 décembre 1996, 5C.86/1996, c. 3b ; 8 janvier 2001, 5C.79/2000, c. 1b/aa).

Dans un arrêt non publié du 11 avril 2002 (TF, 5C.11/2002, résumé in JT 2002 I 531, suivi d'une note de Bernard Abrecht), qui résume la jurisprudence fédérale sur ce point, notre Haute Cour rappelle cependant que l'assureur peut faire valoir, dans le cadre de la contre-preuve, des indices qui ébranlent la crédibilité de l'ayant droit ou éveillent de sérieux doutes quant à la version du vol soutenue par celui-ci ; si l'assureur y parvient, le preneur d'assurance doit alors apporter la preuve stricte de la survenance du sinistre (cons. 2/aa).

Lorsque l'assureur peut prouver la tentative de fraude à l'assurance, l'article 40 LCA lui permet de se départir unilatéralement du contrat. Cela a pour conséquence que l'assureur est libéré de toute obligation de servir des prestations, même si la fraude se rapporte à une partie seulement du dommage, respectivement à un seul poste du dommage. L'article 40 LCA vise en définitive, au-delà du sinistre concret, le caractère obligatoire du contrat d'assurance lui-même. Ce n'est ainsi

pas la réalisation (ou la non-réalisation) du cas d'assurance à la base de la prétention qui fait alors l'objet de la preuve, mais bien le fait dirimant que constitue le comportement frauduleux du preneur d'assurance (arrêt 5C.11/2002 précité, cons. 2/a/bb).

Cet arrêt du Tribunal fédéral a fait l'objet de plusieurs commentaires, dont certains critiques. On a souligné, d'une part, que les questions d'appréciation des preuves étaient sources d'imprécisions terminologiques et, d'autre part, que des difficultés résultaient de l'examen des preuves effectué d'une certaine manière à deux niveaux ("à double degré") (cf. Leuenberger, in : ZBJV 139/2003, p. 652 et ss ; Abrecht, in : JT 2002 I 534 et ss ; Nef, in : REAS 2002 p. 378 et ss). En outre, des critiques ont été émises, selon lesquelles la jurisprudence fédérale n'indique pas clairement quel degré de vraisemblance doit être exactement exigé, ni ce qui se passe lorsque l'assureur rapporte la preuve contraire (cf. Nef, in : Kommentar zum Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, Bâle 2001, no 23 et 27 ad art. 39 LCA ; Gabus, Justification du sinistre et prétention frauduleuse en matière d'assurance privée, REAS 2003, pp. 31 et ss., spéc. p. 33 ch. II).

Dans un arrêt (ATF 130 III 321, JT 2005 I 618), le Tribunal fédéral a confirmé en la précisant sa jurisprudence relative à la preuve de la survenance d'un cas d'assurance. Il a tout d'abord rappelé que conformément à l'article 8 CC (Code civil suisse du 10 décembre 1907, RS 210), et si la loi ne prévoit pas le contraire, il appartient à celui qui fait valoir une prétention de prouver les faits qu'il allègue pour en déduire son droit. Ainsi, la partie qui émet une réclamation doit apporter la preuve des faits pertinents, alors que la preuve des faits de nature à empêcher, respectivement dénier ou restreindre le droit invoqué incombe à la partie qui prétend dénier le droit invoqué ou qui en conteste la naissance ou la pertinence. Cette règle générale peut être restreinte par des prescriptions légales en matière de fardeau de la preuve et elle doit être concrétisée dans chaque cas d'espèce. Elle vaut aussi dans le domaine du contrat d'assurance (cons. 3.1).

En vertu de la règle générale précitée, la personne titulaire de la prétention – généralement le preneur d'assurance, le tiers assuré ou le bénéficiaire – doit prouver les faits propres à la "justification des prétentions" (selon la terminologie du titre marginal de l'article 39 LCA), soit notamment l'existence d'un contrat d'assurance, la survenance du cas assuré, ainsi que l'étendue du dommage. L'assureur supporte la charge d'établir les faits de nature à justifier une diminution ou une suppression de l'obligation contractuelle (par exemple du fait d'un sinistre fautif : art. 14 LCA), ou à le libérer du contrat à l'égard du demandeur (par exemple du fait d'une prétention frauduleuse: art. 40 LCA) (cons. 3.1).

Dans le litige relatif aux prétentions contractuelles, l'ayant droit aussi bien que l'assureur ont, chacun, leur propres faits à prouver, et, dans ce cadre, chacun d'eux a la charge de la preuve principale. Cela vaut également lorsque les faits à prouver de part et d'autre sont allégués contradictoirement dans une même procédure, comme c'est souvent le cas en matière d'assurance contre le vol. Certes, le tribunal appréciera aussi les indices invoqués par une partie à la lumière des preuves à la charge de l'autre partie. De l'échec de la preuve à la charge de l'une (par exemple celle d'un sinistre intentionnel), on ne peut cependant pas tirer de conclusion relative à la preuve à la charge de l'autre (par exemple celle de la réalisation du cas d'assurance). Cela équivaldrait à renverser le fardeau de la preuve et constituerait une violation de l'article 8 CC (cons. 3.1).

S'agissant de la survenance du cas d'assurance, la jurisprudence précitée considère que l'on se trouve en règle générale dans une situation d'état de nécessité justifiant une réduction des exigences en matière de preuve. Le degré de preuve requis, s'agissant de la survenance du sinistre, se limite à la vraisemblance prépondérante (cons. 3.2).

La preuve par vraisemblance prépondérante doit être distinguée de la simple vraisemblance. En effet, celle-ci correspond en général au degré de preuve requis en matière de décisions à caractère provisoire, généralement associées à des limitations des moyens de

preuve, comme c'est notamment le cas pour les mesures provisionnelles. En outre, le degré de vraisemblance exigé n'est pas le même. Un fait est déjà tenu pour vraisemblable lorsque certains éléments parlent en faveur de son existence, même si le tribunal tient encore pour possible qu'il ne se soit pas produit. En revanche, les exigences requises pour que l'on retienne un cas de vraisemblance prépondérante sont plus élevées: la possibilité que les choses se soient déroulées différemment n'exclut certes pas la vraisemblance prépondérante, mais elle ne doit pas revêtir une importance significative en l'espèce, ni entrer raisonnablement en considération (cons. 3.3).

L'assureur a un droit - découlant de l'article 8 CC - d'apporter une contre-preuve. Il peut s'efforcer de démontrer des circonstances de nature à faire naître des doutes sérieux dans l'esprit du tribunal au sujet de la réalité des faits objets de la preuve principale, et qui soient ainsi aptes à faire échouer cette preuve. Pour que cette contre-preuve aboutisse, il suffit par conséquent que la preuve principale soit ébranlée, de sorte que les allégations principales n'apparaissent plus comme étant d'une vraisemblance prépondérante. L'objet de la contre-preuve réside dans les faits présentés par l'ayant droit chargé de la preuve principale. Elle s'étend également à la crédibilité de ceux-ci: dès lors que la survenance du sinistre ne peut, en général, pas être prouvée de façon directe, mais seulement par des indices plus ou moins concluants, il est parfois possible de diminuer le caractère convaincant de ces derniers. Il est ainsi loisible à l'assureur de présenter une version des faits divergente de celle développée par l'ayant droit et qui, en face de la version alléguée, apparaisse tout autant plausible, voire même plus correcte. Cela ne constitue cependant pas une obligation, et il n'est nullement question ici d'un renversement du fardeau de la preuve (cons. 3.4).

Si la contre-preuve est rapportée, les faits allégués par l'ayant droit ne doivent plus être tenus pour établis, soit comme présentant une vraisemblance prépondérante. La preuve principale a même au contraire échoué. Mais il faut s'en tenir là, sans en déduire que l'ayant droit serait tenu d'administrer une preuve stricte de la réalisation du cas d'assurance,

du seul fait que l'assureur est parvenu à faire sa contre-preuve. En effet, au moment de rendre son jugement, le tribunal procède à une appréciation globale de tous les résultats de la procédure probatoire. Il n'y a aucun sens à charger l'ayant droit d'une preuve stricte, qu'il pourrait d'autant moins rapporter qu'il a déjà échoué à franchir l'obstacle d'une preuve alléguée (cons. 3.4).

En résumé, celui qui fait valoir une prétention contre l'assureur a la charge d'alléguer et de prouver la survenance du cas d'assurance. Dans la mesure où cette preuve se heurte en règle générale à des difficultés, l'ayant droit bénéficie d'un allègement de la preuve et il satisfait à cette preuve lorsqu'il parvient à démontrer la vraisemblance prépondérante du cas d'assurance. Si l'assureur parvient, dans le cadre de la contre-preuve à sa disposition, à éveiller des soupçons importants au sujet des faits allégués par l'ayant droit, la preuve principale à la charge de ce dernier est mise en échec (cons. 3.5).

c) En l'occurrence, les différents rapports d'expertise et avis médicaux produits au dossier aboutissent tous à la conclusion que le demandeur s'est trouvé, depuis son accident, incapable de travailler à un taux de plus de 25 % dans le meilleur des cas. Ces rapports et avis sont, pour la majeure partie d'entre eux, circonstanciés, dûment motivés, et tiennent compte de l'ensemble des plaintes et éléments anamnestiques concernant le demandeur, si bien qu'on peut leur accorder une pleine valeur probante.

L'on peut s'y fier à plus forte raison qu'ils rejoignent, dans leurs conclusions, l'appréciation faite tant par les autorités de l'assurance-invalidité en Suisse et au Liechtenstein (qui ont reconnu une invalidité quasi-totale), que par la compagnie d'assurances W._____ (qui a également reconnu une incapacité de 100 %), ou encore par les autorités judiciaires pénales (en Suisse) et civiles (au Liechtenstein, dans le cadre de la procédure contre la compagnie d'assurances N._____). Enfin, plusieurs des témoins entendus dans le cadre de l'enquête pénale ont

également confirmé la réalité de l'accident en cause de même que le mauvais état de santé du demandeur.

Ces différents éléments concordants suffisent amplement à établir, au degré de preuve de la vraisemblance tel qu'exigé par la jurisprudence, que le demandeur a bel et bien été victime d'un accident en date du 17 septembre 1999, lequel a entraîné une incapacité de travail d'au moins 75 %.

Quant à la question, examinée notamment par le Dr H._____, de savoir si la cause de cette incapacité de travail doit, après un laps de temps déterminé, être qualifiée de maladie, elle importe peu dans la mesure où la couverture d'assurance litigieuse s'étend aussi bien au risque d'accident qu'à celui de maladie.

Cela dit, la défenderesse invoque, au titre de la contre-preuve, en premier lieu le rapport de l'agence de détectives. Elle entend en déduire le fait que le demandeur aurait eu un emploi du temps incompatible avec l'incapacité de travail alléguée. On ne saurait la suivre dans ce raisonnement. Si le rapport en question démontre certes que l'intéressé parquait régulièrement son véhicule dans le parking du Panorama à Vevey et qu'il se rendait dans les locaux de sa société S._____ Sàrl, il ne prouve pas encore que ce dernier travaillait effectivement. Ce seul rapport ne saurait en soi suffire à éveiller des soupçons importants, propres à faire échec à la vraisemblance induite par le demandeur. Cette conclusion s'impose d'autant plus que les médecins traitants de ce dernier ont clairement expliqué avoir, au titre de méthode thérapeutique, encouragé leur patient à se rendre sur son lieu de travail sans pour autant y travailler. Certains témoins ont également confirmé que le demandeur venait à son bureau sans pour autant y exercer son activité professionnelle.

De même, les comptes des sociétés gérées par le demandeur ne sont également d'aucun secours à la défenderesse dans la mesure où le demandeur employait plusieurs personnes (qui ont poursuivi leurs

activités en l'absence du demandeur), dont l'une a au demeurant confirmé qu'elle avait repris petit à petit ses activités.

S'agissant du témoignage de l'ex-amie du demandeur, selon laquelle ce dernier aurait, à sa connaissance, travaillé normalement en 2000, il ne revêt en soi aucune force probante, faute d'éléments plus concrets et au vu du contexte conflictuel semblant exister entre ces deux personnes.

Enfin, la cassette vidéo produite par la défenderesse ne prouve pas non plus que le demandeur aurait travaillé à un taux supérieur à 25 %.

Au vu des éléments qui précèdent, on ne saurait considérer que la défenderesse a rendu vraisemblable la « fraude » du demandeur. Cela étant, elle n'était pas fondée à se départir du contrat d'assurance litigieux.

4. La défenderesse invoque la prescription selon l'art. 46 LCA. Selon cette disposition, les créances qui dérivent du contrat d'assurance se prescrivent par deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation. La défenderesse explique que la résiliation du contrat selon l'art. 40 LCA ayant un effet ex tunc, la prescription a été acquise le 3 octobre 2001, soit deux ans après le début du droit au paiement des indemnités.

Ce raisonnement ne peut être suivi. Il est en effet constant que si l'ayant droit peut prouver avoir été maintenu dans une situation de règlement du sinistre par l'assureur, celui-ci ne peut de bonne foi soulever l'exception de prescription (Kuhn/Montavon, op. cit., p. 183).

En l'occurrence, la défenderesse a servi des indemnités journalières au demandeur jusqu'à fin 2000. Ce faisant, force est de considérer qu'elle a jusqu'alors maintenu le demandeur dans une situation de sinistre. Le demandeur a ensuite fait notifier, le 23 octobre 2002, un commandement de payer à la défenderesse. S'il est vrai que la cause de l'obligation mentionnée dans celui-ci est vague, il n'en demeure pas moins

que dans sa lettre du 7 octobre 2003, la défenderesse n'a pas contesté le fait que ce commandement de payer fût interruptif de prescription, évoquant uniquement sa tardiveté, la prescription étant selon elle déjà acquise. Il convient dès lors de considérer que la prescription a été valablement interrompue par la notification de cet acte de poursuite, et qu'un nouveau délai de prescription a couru dès ce moment

La demande ayant été déposée le 23 décembre 2003, soit avant l'échéance de ce nouveau délai, il y a lieu d'admettre que les prétentions du demandeur à l'égard de la défenderesse ne sont pas prescrites.

5. a) Il reste à déterminer le montant auquel le demandeur a droit en exécution du contrat d'assurance litigieux.

L'art. 9 CGA prévoit que l'allocation journalière assurée est versée tant que dure l'incapacité de travail mais au maximum 730 jours dans une période de 900 jours consécutifs. Il stipule en outre que le délai d'attente éventuellement convenu est imputé sur la durée de versement des prestations. Selon l'art. 8 al. 2 CGA, en cas d'incapacité partielle de travail, l'allocation journalière assurée est versée proportionnellement. L'allocation journalière est fondée sur le salaire annuel divisé par 365 (art. 14 al. 1 CGA).

b) Le demandeur a touché des indemnités journalières dès le 2 octobre 1999 (soit après le délai d'attente de 14 jours) et jusqu'au 31 décembre 2000, ce qui représente 457 indemnités. En vertu du contrat d'assurance, il a droit à des indemnités durant au total 716 jours (730 jours moins les 14 jours du délai d'attente selon l'art. 9 CGA). Il doit ainsi encore percevoir 259 indemnités (soit jusqu'au 16 septembre 2001).

c) Cela étant posé, il convient encore de déterminer le taux à appliquer au salaire convenu.

L'art. 8 al. 2 CGA, selon lequel l'allocation journalière assurée est versée entièrement si l'incapacité de travail atteint ou dépasse $66 \frac{2}{3}$ % et que l'assuré est au bénéfice de prestations de prévoyance professionnelle, ne peut trouver application en l'espèce, le demandeur n'ayant perçu des prestations LPP qu'à partir du 18 septembre 2001. Ce dernier doit ainsi se voir allouer les indemnités journalières proportionnellement à son incapacité de travail.

A cet égard, le demandeur allègue que son incapacité de travail est de 75 % depuis le 1^{er} janvier 2001. Lors de son audition du 17 octobre 2001, il a également déclaré que son incapacité de travail était de 75 %. Quant aux rapports d'expertises et avis médicaux produits au dossier, ils font état, de manière divergente, d'une incapacité oscillant généralement entre 80 % et 90 %.

Dans ces conditions, l'on s'en tiendra à la carte de contrôle régulièrement remplie par le Dr S._____, médecin traitant du demandeur, qui a suivi ce dernier sur une période de temps plus conséquente que les autres praticiens consultés. Selon cette carte, le demandeur s'est trouvé en incapacité de travail à 75 % du 1^{er} janvier au 1^{er} avril 2001 (91 jours), à 100 % du 2 avril au 1^{er} juillet 2001 (91 jours) et à 80 % à compter du 2 juillet 2001 en tout cas jusqu'au 16 septembre 2001 (77 jours).

L'indemnité journalière à 75 %, 100 % et 80 % s'élève respectivement à 185 fr. 30, 247 fr. et 197 fr. 60.

Compte tenu des taux qui précèdent, le demandeur doit se voir allouer la somme de 54'554 fr. 50 (91 x 185 fr. 30 = 16'862 fr. 30 ; 91 x 247 fr. = 22'477 fr. ; 77 x 197 fr. 60 = 15'215 fr. 20).

d) La défenderesse doit également l'intérêt moratoire. Celui-ci court à compter du jour suivant celui de l'interpellation (art. 104 al. 1 et 102 al. 1 CO [code des obligations du 30 mars 1977, RS 220] ; Thevenoz, in Commentaire romand du Code des obligations I, n. 9 ad art. 104 CO ;

TF, 25 février 2006, 5C.177/2005), ce qui correspond en l'espèce au 24 octobre 2002, soit le lendemain de la notification du commandement de payer à la défenderesse.

6. Le présent jugement est rendu sans frais, conformément à l'art. 85 al. 3 LSA. Le demandeur, qui obtient partiellement gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens réduits (art. 55 LPA-VD, applicable par analogie selon l'art. 109 al. 1 LPA-VD). Ceux-ci sont fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse (application analogique de l'art. 7 du Tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales du 2 décembre 2008, RSV 173.36.5.2). En l'espèce, il y a lieu d'en fixer le montant à 1'500 francs.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** La défenderesse T._____, Compagnie d'Assurance doit payer au demandeur P._____ la somme de 54'554 fr. 50 (cinquante-quatre mille cinq cent cinquante-quatre francs cinquante), avec intérêt à 5 % l'an dès le 24 octobre 2002.
- II.** La défenderesse doit payer au demandeur la somme de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.
- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice.
- IV.** Toutes autres ou plus amples conclusions sont rejetées.

Le président :

Le greffier :

Du

Le jugement qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Philippe Nordmann, avocat (pour P. _____)
- T. _____, Compagnie d'Assurance

par l'envoi de photocopies.

Si la valeur litigieuse n'atteint pas 30'000 fr., le présent jugement peut faire l'objet d'un recours devant le Tribunal cantonal, Chambre des recours, dans les dix jours dès sa notification, en déposant au greffe de la Cour des assurances sociales, Route du Signal 8, 1014 Lausanne, un acte de recours en deux exemplaires désignant le jugement attaqué et contenant les conclusions en nullité ou les conclusions en réforme dans les cas prévus par la loi.

Lorsque la valeur litigieuse de 30'000 fr. est atteinte, la voie du recours en matière civile au Tribunal fédéral est ouverte. Le recours doit être déposé devant le Tribunal fédéral (case postale, 1000 Lausanne 14) dans les trente jours qui suivent la notification de l'expédition complète.

La Cour des assurances sociales estime que, dans la présente affaire, la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 francs.

Le greffier :