

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Jugement du 10 novembre 2010

Présidence de M. ABRECHT
Juges : M. Dind et Mme Rossier, assesseur
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

P._____, à Morges, demandeur, représenté par Me Flore Primault,
avocate à Lausanne,

et

CAISSE-MALADIE E._____, à Berne, défenderesse, représentée par Me
Gian Sandro Genna, avocat à Berne.

Art. 12 al. 3 LAMal; 106 ss LPA-VD; 1 DTAs-AM

E n f a i t :

A. **a)** P._____, mécanicien de précision, a été engagé auprès de l'entreprise X._____ SA, à [...], le 1^{er} septembre 2004. Son salaire annuel brut était fixé à 117'600 fr., versé en douze mensualités, pour 45 heures hebdomadaires.

P._____ était assuré pour la perte de gain en cas de maladie par le biais d'une police d'assurance collective selon la LCA conclue par X._____ SA auprès la Caisse-maladie E._____. Les prestations assurées étaient des indemnités journalières correspondant à 80% du salaire, payables pendant au maximum 720 jours.

Les conditions générales applicables audit contrat étaient les «conditions générales d'assurance (CGA) pour les assurances collectives d'indemnités journalières selon la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA), édition 1^{er} juillet 2005» et les «conditions complémentaires d'assurance (CCA), Indemnité journalière d'entreprise LCA, édition 1^{er} juillet 2005».

Les CGA prévoient notamment ce qui suit :

"8 Fin de l'assurance

8.1 La couverture d'assurance pour chaque personne assurée s'éteint :

- a) au moment du décès de la personne assurée;
- b) lors de l'atteinte de l'âge convenu jusqu'auquel la Caisse-maladie E._____ accorde la protection d'assurance;
- c) en cas de séjour temporaire à l'étranger de plus de 5 ans, sauf convention contraire;
- d) en cas de transfert du lieu de domicile à l'étranger, en principe pour la fin de l'année civile, sauf convention contraire;
- e) en cas de cessation de l'activité lucrative, au plus tard au moment où la personne atteint l'âge de 70 ans;

f) par l'épuisement du droit aux prestations, sous réserve de l'article 3, alinéa 5 des Conditions complémentaires d'assurance (CCA) indemnité journalière d'entreprise LCA;

g) par la sortie du cercle des personnes assurées, respectivement dès la fin des rapports de travail avec le preneur d'assurance pour autant qu'à ce moment-là la personne assurée ne perçoive pas de prestations de l'assurance indemnités journalières collective du preneur d'assurance;

h) par l'annulation du contrat.

8.2 Le contrat d'assurance collective prend fin :

a) par la résiliation de la part du preneur d'assurance ou de l'assureur, à l'échéance du délai de résiliation convenu contractuellement;

b) en cas de dissolution de l'entreprise ou de transfert du siège social à l'étranger, en principe pour la fin d'une année civile, sauf convention contraire;

c) en cas d'ouverture de faillite contre le preneur d'assurance;

d) en cas d'annulation du contrat pour des raisons contractuelles ou légales.

9 Résiliation

9.1 Si aucune convention contraire n'a été conclue contractuellement, le contrat collectif peut, après une durée d'assurance ininterrompue d'une année, être résilié par le preneur d'assurance ou la Caisse-maladie E._____, en respectant un délai de résiliation de trois mois, pour la fin de la durée contractuelle convenue.

9.2 La résiliation est considérée comme étant valable lorsqu'elle est parvenue au preneur d'assurance ou à la Caisse-maladie E._____ au plus tard le dernier jour du mois qui précède le début du délai de résiliation de trois mois.

9.3 Après chaque sinistre pour lequel la Caisse-maladie E._____ doit octroyer des prestations, le preneur d'assurance peut résilier le contrat dans un délai de 14 jours à compter de la date de paiement de l'indemnité ou dès qu'il en a connaissance. La couverture d'assurance s'éteint dès réception de cette communication par la Caisse-maladie E._____.

(...)

11 Droit de passage dans l'assurance individuelle

11.1 La personne assurée domiciliée dans le rayon d'activités de la Caisse-maladie E._____ a le droit d'être transférée dans l'assurance indemnités journalières selon la LCA (assurance individuelle) de la Caisse-maladie E._____ dans un délai de 30 jours sans nouvel examen de l'état de santé :

a) lorsqu'elle quitte totalement ou partiellement le contrat collectif et qu'à ce moment-là la personne assurée ne perçoit pas de prestations de l'assurance indemnités journalières collective du preneur d'assurance;

b) lorsque le contrat collectif s'éteint;

c) lorsqu'elle est réputée sans emploi au sens de l'article 10 de la loi sur l'assurance-chômage (LACI).

11.2 En cas de cessation des rapports de travail, le preneur d'assurance a l'obligation d'informer, par écrit, le travailleur qui sort du contrat collectif de son droit de passage dans l'assurance individuelle et de le rendre attentif au délai de 30 jours.

11.3 Les personnes transférées sont attribuées à l'assurance indemnité journalière de la Caisse-maladie E. _____ qui leur offre les mêmes ou approximativement les mêmes prestations que l'assurance collective. En cas de transfert, les conditions d'assurance existantes sont accordées pour autant qu'elles soient adaptées aux nouvelles conditions. Les montants d'assurance maximaux autorisés selon les conditions générales d'assurance correspondantes de l'assurance individuelle ne peuvent pas être dépassées, même lorsque le salaire annuel assuré dans le cadre du contrat collectif dépasse les montants maximaux.

11.4 Dans l'assurance individuelle, les primes sont fixées en fonction de l'âge réel de la personne assurée.

11.5 En cas de transfert dans l'assurance individuelle, les prestations déjà perçues seront imputées à la durée maximale des prestations de l'assurance individuelle.

11.6 Il n'existe aucun droit de passage :

a) en cas de changement d'emploi et transfert simultané dans une assurance indemnité journalière collective d'un nouvel employeur;

b) en cas d'extinction du présent contrat et de continuation de celui-ci auprès d'un autre assureur pour le même cercle de personnes;

c) pour les personnes assurées qui ont épuisé leur droit aux prestations de l'assurance indemnités journalières collective;

d) pour les personnes assurées qui perçoivent des prestations de l'assurance indemnités journalières collective lorsque les rapports de travail ont pris fin avec le preneur d'assurance;

e) pour les personnes assurées en âge AVS.

(...)

24 Subsidiarité et prestations de tiers

24.1 Toutes les prestations mentionnées dans les présentes conditions générales d'assurance sont octroyées en complément

aux prestations d'assureurs étrangers ou suisses, sociaux ou privés. La Caisse-maladie E._____ complète les prestations jusqu'au montant de l'indemnité journalière assurée.

(...)"

b) Pour des raisons de santé, P._____ a été en arrêt de travail à 100% dès le 19 décembre 2007. Son employeur, X._____ SA, a continué à lui verser son salaire à 100% et n'a pas fait valoir immédiatement son droit aux indemnités journalières; P._____ avait en effet accumulé beaucoup d'heures supplémentaires et X._____ SA a préféré les lui compenser, ceci avec son accord.

La Caisse-maladie E._____ a pris en charge le cas dès le 14 mai 2008, en versant les indemnités journalières directement en mains de X._____ SA, qui les reversait à P._____.

c) Le 2 juin 2008, X._____ SA et P._____ ont convenu, en raison des problèmes de santé de ce dernier et ensuite de la visite d'un conseiller de l'assurance-invalidité, de modifier le contrat de travail à partir du 1^{er} septembre 2008, P._____ étant engagé dès cette date à un taux d'activité de 50%.

La Caisse-maladie E._____ a continué de verser les indemnités journalières directement en mains de X._____ SA, et P._____ a continué à percevoir son salaire à 100%, versé par X._____ SA, jusqu'à fin août 2008.

Dès le 1^{er} septembre 2008 et jusqu'au 31 décembre 2008, la Caisse-maladie E._____ a versé directement à P._____ les (demi-)indemnités journalières dues, à concurrence de 128 fr. 50 par jour (soit 3'983 fr. 50 par mois pour les mois à 31 jours et 3'855 fr. par mois pour les mois à 30 jours).

d) Le 26 novembre 2008, P._____ a conclu avec l'entreprise O._____ SA un contrat de travail aux termes duquel il était engagé dès

le 1^{er} janvier 2009 comme mécanicien de précision à un taux d'activité de 50% (21,25 heures par semaine).

Les rapports de travail entre P._____ et X._____ SA ont ainsi pris fin le 31 décembre 2008. Ce n'est toutefois qu'au moyen de la formule «annonce de départ de l'entreprise» qu'il a signée le 14 janvier 2009 que P._____ a informé la Caisse-maladie E._____ qu'il avait quitté X._____ SA au 31 décembre 2008. Alors que cette formule indiquait que «[s]elon l'article 11.1 des CGA pour l'assurance d'indemnité journalière collective, le membre a droit, dans les 30 jours qui suivent la sortie de l'assurance collective, d'être transféré dans le domaine de l'assurance d'indemnité journalière de l'assurance individuelle», P._____ n'a pas coché la case «Je désire faire valoir mon droit mentionné ci-dessus et maintenir mon assurance comme assurance individuelle».

Par ailleurs, P._____ n'a pas informé la Caisse-maladie E._____ de ce qu'il avait conclu un nouveau contrat de travail au 1^{er} janvier 2009. Ce n'est que par lettre du 29 mai 2009 (cf. lettre A.g infra) que la Caisse-maladie E._____ a été informée des nouveaux rapports de travail avec O._____ SA.

Par projet de décision du 13 janvier 2009, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud a informé P._____ qu'il se proposait d'octroyer à celui-ci une demi-rente d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 50%, dès le 19 décembre 2008, soit après l'écoulement du délai de carence d'une année prévu par l'art. 28 LAI (cf. lettre A.b supra).

e) Le 16 janvier 2009, la Caisse-maladie E._____ a écrit ce qui suit à P._____ :

"Etant donné que votre employeur X._____ SA a résilié le contrat collectif avec la Caisse-maladie E._____ pour le 31 décembre 2008 et que vous êtes employé chez X._____ SA avec un degré d'occupation de 50%, les indemnités journalières doivent, désormais, être versées par la nouvelle assurance. C'est la raison pour laquelle nous vous prions de bien vouloir faire parvenir les certificats médicaux à l'adresse suivante: U._____ (...)"

P._____, par l'intermédiaire d'Assista TCS, a réagi comme suit à ce courrier en date du 24 mars 2009:

"Vous ne devez pas ignorer que ce n'est pas parce que X._____ SA n'est plus assurée auprès de votre institution depuis le 1^{er} janvier 2009 que vous n'êtes plus tenu de verser les indemnités journalières à mon mandant dont la maladie est survenue pendant la période d'assurance, soit le 14 mai 2008.

Compte tenu de ce qui précède, je vous remercie dès lors de bien vouloir me confirmer d'ici au 31 mars 2009 le versement en faveur de Monsieur P._____ des indemnités journalières consécutives à sa maladie du 14 mai 2008 depuis le 1^{er} janvier 2009."

Par décision du 7 mai 2009, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud a octroyé à P._____ une demi-rente d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 50%, avec effet rétroactif au 1^{er} décembre 2008.

f) Par courrier recommandé du 3 avril 2009, la Caisse-maladie E._____ a informé P._____ qu'elle entendait faire valoir son droit à la compensation sur le paiement rétroactif de la rente d'invalidité pour la période du 1^{er} au 31 décembre 2008, ainsi que pour la période de janvier à avril 2009, dans la mesure où, selon l'art. 24 des CGA, les prestations d'autres assureurs – sociaux ou privés – venaient en déduction du montant de l'indemnité journalière assurée. La Caisse-maladie E._____ indiquait ainsi qu'elle ferait valoir une demande de remboursement auprès de l'assurance-invalidité à hauteur de 981 fr. pour la période de décembre 2008 et de 4'052 fr. (soit 1'013 fr. par mois) à titre de prestations versées en trop pour la période de janvier à avril 2009.

Répondant par courrier recommandé du 8 avril 2009 au courrier d'Assista TCS du 24 mars 2009 (cf. lettre A.e supra), la Caisse-maladie E._____ a notamment relevé ce qui suit:

"Monsieur P._____ était assuré auprès de notre institution dans le cadre d'un contrat d'assurance collective LCA par l'intermédiaire de son ancien employeur X._____ SA. En raison de l'incapacité de travail de Monsieur P._____, nous avons également alloué les prestations indemnités journalières correspondantes à X._____ SA

et directement à votre mandant à partir du 1^{er} septembre 2008. L'incapacité de travail de Monsieur P. _____ était alors de 50%.

Etant donné que X. _____ SA a résilié le contrat d'assurance collective conclu avec la Caisse-maladie E. _____ avec effet au 31 décembre 2008, et que nous avons pensé que Monsieur P. _____ était encore en incapacité de travail à 50%, nous avons soumis le cas au nouvel assureur de X. _____ SA, à savoir U. _____. Votre mandant nous a, par ailleurs, confirmé par téléphone qu'il était encore salarié de X. _____ SA pour 50%.

Le 3 mars 2009, U. _____ nous a communiqué que Monsieur P. _____ avait résilié ses rapports de travail avec X. _____ SA pour le 31 décembre 2008."

Le 15 avril 2009, la Caisse-maladie E. _____ a également adressé à P. _____ les «conditions générales d'assurance (CGA) pour les assurances collectives d'indemnités journalières selon la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA), édition 1^{er} juillet 2005», ainsi que les «conditions complémentaires d'assurance (CCA), Indemnité journalière d'entreprise LCA, édition 1^{er} juillet 2005» (cf. lettre A.a supra).

g) Le 29 mai 2009, P. _____, par l'intermédiaire de l'avocate Flore Primault, a écrit notamment ce qui suit à la Caisse-maladie E. _____ :

"A la suite de Madame C. _____ d'Assista TCS qui vous avait déjà écrit, je ne peux que constater in casu que subsiste sans nulle doute le droit de mon mandant à une indemnisation selon le contrat d'assurance collective qui vous liait à son employeur de l'époque, X. _____ SA. A cet égard, le fait que ce dernier ait résilié sa police auprès de votre entreprise n'a aucune incidence sur le droit aux indemnités de mon client.

Vous ne vous y êtes d'ailleurs pas trompé puisque, par «décision» du 3 avril 2009, vous avez compensé les prestations indemnités journalières versées avec des paiements rétroactifs de l'assurance-invalidité du 1^{er} décembre au 31 décembre 2008.

A ce jour, mon mandant est toujours en incapacité de travail à 50% et continue de percevoir une demi-rente d'invalidité, ainsi que vous le savez parfaitement. Il est employé, pour les autres 50%, auprès de l'entreprise O. _____ SA, à la suite des 50% qu'il continuait d'effectuer avant pour X. _____ SA.

Par la présente, je vous impartis dès lors un délai de 10 jours dès réception de la présente pour:

1) Effectuer un décompte des indemnités journalières dues à ce jour à Monsieur P. _____.

2) Verser le montant des indemnités journalières collectives dues à ce dernier pour la période du 1^{er} janvier au 31 mai 2009, intérêts à 5% l'an en sus dès le 15 mars 2009 (date moyenne).

3) Préparer également le décompte des futures indemnités à verser pour le mois de juin 2009."

h) Par courrier recommandé du 8 juin 2009, la Caisse-maladie

E._____ a répondu ce qui suit:

"Comme vous avez pu vous en rendre compte à partir de vos documents, nous avons, en date du 8 avril 2009, informé Maître C._____ du fait que le degré d'incapacité de gain et, par conséquent, la capacité de travail n'étaient pas clairs pour la Caisse-maladie E._____. Ceci est également prouvé par l'annonce de départ de l'entreprise qui nous a été remise par X._____ SA.

Sur la base d'une nouvelle étude du dossier, nous sommes, néanmoins, disposés à prendre en charge les indemnités journalières à partir du 1^{er} janvier 2009 en prenant en considération les prestations provenant de l'assurance-invalidité fédérale.

En tenant compte du droit à une rente de l'assurance-invalidité de CHF 33.30 par jour, nous parvenons, par conséquent, à un droit de CHF 95.20 par jour.

Afin de nous permettre de verser les indemnités journalières, nous avons besoin de tous les certificats d'incapacité de travail à partir du 1^{er} janvier 2009. Nous nous réservons en outre le droit de demander au médecin traitant de votre mandant un rapport médical à l'intention de notre médecin-conseil.

Nous serons en mesure de procéder au versement des indemnités journalières dans le cadre de notre obligation d'allouer des prestations seulement lorsque nous serons en possession de ces différents documents."

i) Le 6 juillet 2009, P._____ a fourni à la Caisse-maladie E._____ un certificat médical de la Dresse K._____ du 3 juillet 2009 attestant de son incapacité de travail à 50% dès le 14 mai 2008 et pour une durée indéterminée. A l'instar des certificats médicaux établis précédemment (soit les 15 mai 2008, 2 octobre 2008, 17 novembre 2008 et 12 janvier 2009), ce certificat médical se bornait à attester d'une incapacité de travail à 50% dès le 14 mai 2008 pour cause de maladie, sans indication de motif.

Le 16 juillet 2009, la Caisse-maladie E._____ a fait parvenir à P._____ une offre pour la couverture des indemnités journalières en assurance individuelle. Cette offre n'a pas été acceptée par P._____, qui n'a jamais versé de primes au titre d'une assurance individuelle.

j) Par courrier du 20 août 2009, la Caisse-maladie E._____ a indiqué à P._____ qu'elle avait eu recours à son avocat afin de clarifier la question du maintien du paiement des indemnités journalières ensuite de la résiliation par X._____ SA du contrat d'assurance collectif au 31 décembre 2008. En substance, elle a estimé que toute prestation de sa part découlant du contrat d'assurance collectif était exclue dès le 1^{er} janvier 2009 du fait que ce contrat avait pris fin au 31 décembre 2008. Elle a également estimé qu'un droit de passage dans l'assurance individuelle était exclu en l'espèce en vertu de l'art. 11.6 let. d des CGA, qui exclut ce droit de passage pour les personnes assurées percevant des prestations lorsque les rapports de travail ont pris fin, puisque P._____, au moment de la résiliation des rapports de travail avec X._____ SA au 31 août 2008, avait perçu des prestations du contrat collectif.

B. a) Par demande du 18 novembre 2009, P._____ a ouvert action en paiement contre la Caisse-maladie E._____ devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il conclut, avec suite de frais et dépens, à la condamnation de la défenderesse à verser au demandeur un montant de 33'510 fr. 40 portant intérêts à 5% l'an dès le 1^{er} juin 2009 (date moyenne), ainsi qu'un montant de 95 fr. 20 par jour dès et y compris le 19 décembre 2009, portant intérêts à 5% l'an dès cette date, et à la constatation que la défenderesse est débitrice envers le demandeur des prestations d'indemnités journalières selon le contrat d'assurance collective qui la liait à X._____ SA.

aa) Selon le demandeur, la compétence ratione loci de la Cour des assurances sociales découle de l'art. 22 al. 1 let. a LFors (loi fédérale sur les fors en matière civile du 24 mars 2000, RS 272), qui prévoit qu'en cas de litige concernant les contrats conclus avec des consommateurs, le for est celui du domicile ou du siège de l'une des parties lorsque l'action

est intentée par le consommateur. Le demandeur ayant son domicile dans le canton de Vaud, il peut y ouvrir action devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, dont la compétence *ratione materiae* découle de l'art. 1 DTAs-AM (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, RSV 173.431).

bb) Sur le fond, le demandeur fait valoir que dans l'assurance d'indemnités journalières selon la LCA, telle que l'assurance collective d'indemnités journalières, si le sinistre survient pendant la période de couverture, l'assureur doit verser les prestations convenues jusqu'à épuisement, aussi longtemps qu'elles sont justifiées selon les clauses conventionnelles; la seule limite que connaisse la couverture réside non dans la fin des relations contractuelles, mais dans la durée des prestations convenues (Jean Benoît Meuwly, *La durée de la couverture d'assurance privée*, thèse Fribourg 1994, p. 185; ATF 127 III 106). Partant, en l'absence de clauses conventionnelles limitant ou supprimant le droit aux prestations au-delà de la période de couverture, l'assuré qui, après un événement ouvrant le droit aux prestations, sort d'une assurance collective parce qu'il cesse d'appartenir au cercle des assurés défini par le contrat, peut faire valoir son droit aux prestations également pour les suites de l'évènement qui se produisent après l'extinction du rapport d'assurance (Alfred Maurer, *Schweizerisches Privatversicherungsrecht*, 3^e éd. 1995, p. 240).

En l'espèce, ni les «conditions générales d'assurance (CGA) pour les assurances collectives d'indemnités journalières selon la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA), édition 1^{er} juillet 2005» ni les «conditions complémentaires d'assurance (CCA), Indemnité journalière d'entreprise LCA, édition 1^{er} juillet 2005» ne prévoient de clauses particulières limitant ou supprimant le droit aux prestations d'indemnités journalières après la fin de la période de couverture. Dès lors, la défenderesse doit verser les prestations découlant du contrat qui la liait avec X. _____ SA en faveur du demandeur, le sinistre ayant débuté à une période où le demandeur était assuré auprès de la défenderesse.

Le demandeur fait en outre valoir qu'à plusieurs reprises, la défenderesse a manifesté son accord avec le fait qu'elle devait poursuivre le versement des prestations. Ainsi, elle n'a tout d'abord pas hésité à faire valoir le 3 avril 2009 la compensation avec le rétroactif de rente d'invalidité versée en faveur du demandeur sur les prestations qu'elle devait elle-même verser (cf. lettre A.f supra). De même, dans son courrier du 8 juin 2009 (cf. lettre A.h supra), elle a expressément reconnu au demandeur son droit à la poursuite du versement des prestations auquel il avait droit selon le contrat collectif. C'est dès lors en contradiction avec son propre courrier et de mauvaise foi qu'elle refuse aujourd'hui, sans droit, le versement des indemnités journalières encore en suspens.

cc) Selon le demandeur, le montant des indemnités journalières encore dues à ce jour, vu une indemnité journalière réduite de 95 fr. 20 au lieu de 128 fr. 50 compte tenu de la rente AI dont le montant est de 33 fr. 30 par jour (12'156 fr. par an divisé par 365 jours ; cf. lettre A.h supra), s'élève à 33'510 fr. 40, soit:

- 17'707 fr. 20 correspondant à une indemnité journalière de 95 fr. 20 par jour x 31 jours x 6 mois (janvier, mars, mai, juillet, août et octobre 2009);
- 2'665 fr. 60 correspondant à une indemnité journalière de 95 fr. 20 par jour x 28 jours (février 2009);
- 11'424 fr. correspondant à une indemnité journalière de 95 fr. 20 par jour x 30 jours x 4 mois (avril, juin, septembre et novembre 2009);
- 1'713 fr. 60 correspondant à une indemnité journalière de 95 fr. 20 par jour x 18 jours de décembre 2009.

b) Dans sa réponse du 24 février 2010, la défenderesse, représentée par l'avocat Gian Sandro Genna, conclut au rejet de la demande et, sur demande reconventionnelle, à la constatation que la défenderesse ne doit rien au demandeur.

aa) La défenderesse fait valoir que le Tribunal cantonal, Cour des assurances sociales, est compétent à raison du lieu et de la matière et qu'à la lumière de l'art. 6 LFors, la demande reconventionnelle tendant à faire constater que la défenderesse ne doit rien au demandeur est recevable, la défenderesse pouvant s'opposer à l'action partielle intentée par le demandeur en prenant des conclusions reconventionnelle tendant à faire constater qu'elle ne lui doit rien.

bb) S'agissant des faits, la défenderesse estime qu'ils peuvent être résumés comme suit : le demandeur était employé à 50% chez X._____ SA du 1^{er} septembre au 31 décembre 2008; il a directement commencé chez O._____ SA le 1^{er} janvier 2009, également à 50%. Le demandeur a touché, du 14 mai au 31 décembre 2008 inclus, des prestations d'indemnité journalière de la défenderesse dans le cadre du contrat d'assurance collective sur la base d'une incapacité de travail de 50% faisant l'objet d'un certificat médical, et ce pour un montant total de 28'274 fr. L'assurance-invalidité lui a reconnu un degré d'invalidité de 50% depuis le 1^{er} décembre 2008 (le délai d'attente AI d'un an ayant commencé à courir le 19 décembre 2007) et lui a par conséquent versé des prestations d'invalidité correspondantes, soit une demi-rente d'invalidité. Il est en outre établi que le demandeur a annoncé à la défenderesse la résiliation de son contrat de travail avec X._____ SA a posteriori et qu'il ne l'a pas informée de la conclusion d'un nouveau contrat de travail avec O._____ SA. Il est par ailleurs incontesté que le contrat d'assurance collective qui liait la défenderesse à X._____ SA (le preneur d'assurance) a été résilié au 31 décembre 2008, X._____ SA ayant donné comme motif de résiliation l'augmentation de primes de la défenderesse avec effet à compter de l'année d'assurance 2009. X._____ SA a donc assuré son personnel, à partir du 1^{er} janvier 2009, auprès de l'assurance d'indemnités journalières U._____. Il est également incontesté que le demandeur n'a ni demandé en temps voulu son transfert dans l'assurance collective de la défenderesse dès le 1^{er} janvier 2009 ni accepté l'offre proposée après coup par celle-ci le 16 juillet 2009 pour faire preuve de souplesse.

cc) En droit, la défenderesse expose que comme le demandeur ne peut déduire aucun droit découlant d'une assurance individuelle à l'encontre de la défenderesse, seules entrent en ligne de compte à partir du 1^{er} janvier 2009 les prétentions éventuelles découlant du contrat collectif conclu entre la défenderesse et X. _____ SA. Dans ce contexte, il est incontesté que l'événement assuré s'est encore produit pendant la durée de validité dudit contrat ainsi que pendant la durée du contrat de travail entre le demandeur et le preneur d'assurance. Sur la base de ce contrat, la défenderesse a également versé au demandeur des prestations jusqu'au 31 décembre 2008 inclus, d'abord au preneur d'assurance en sa qualité d'employeur du demandeur puis, à partir du 1^{er} septembre 2008, directement au demandeur en sa qualité d'assuré.

Selon la défenderesse, il n'existe ainsi aucune raison juridique motivant l'obligation ultérieure de verser des prestations au demandeur dès le 1^{er} janvier 2009. Le fait est que le contrat collectif passé avec la défenderesse s'est éteint le 31 décembre 2008 et que l'ensemble de l'effectif des assurés a ensuite été transféré au nouvel assureur d'indemnités journalières U. _____. Toutes les obligations de prestations de la défenderesse résultant du contrat collectif ont ainsi pris fin le 31 décembre 2008. Le demandeur essaie d'étayer son avis contraire en faisant appel à l'ATF 127 III 106. Toutefois, dans cet arrêt, le Tribunal fédéral fait dépendre, à la suite de la résiliation du contrat collectif, le droit aux prestations après la fin du contrat d'assurance du fait qu'il n'existe pas de clauses conventionnelles limitant ou supprimant le droit aux prestations au-delà de la période de couverture. Or tel est justement le cas en l'espèce. En effet, l'art. 8.1.h des conditions générales d'assurance du 1^{er} juillet 2005 (CGA) applicables en l'espèce stipule sous le titre marginal «fin de l'assurance» que par l'annulation du contrat - c'est-à-dire avec la résiliation du contrat collectif - la couverture d'assurance de chaque assuré prend automatiquement fin elle aussi. En l'espèce, avec la résiliation du contrat collectif par le preneur d'assurance X. _____ SA au 31 décembre 2008, les prestations d'assurance dues par la défenderesse au demandeur s'arrêtaient au 31 décembre 2008. Cette conclusion résulte

en outre également a contrario de l'art. 8.1 let. g des CGA, puisque seule cette disposition stipule un droit de couverture ultérieure de la personne assurée. La couverture ultérieure s'applique exclusivement et uniquement si le contrat de travail de la personne assurée a pris fin et que celle-ci touche à cette date des prestations dans le cadre du contrat collectif.

Selon la défenderesse, le fait décisif est donc que, sur pression de l'AI, le demandeur a réduit son taux d'occupation chez X. _____ SA à partir du 1^{er} septembre 2008. Cette réduction n'est devenue effective que parce que la défenderesse s'était déjà déclarée disposée à verser des prestations d'indemnités journalières dans le cadre du contrat collectif pour les 50% perdus au sens d'une solution transitoire spéciale et compte tenu de la future rente AI. A partir du 1^{er} septembre 2008, les revenus du demandeur étaient donc composés du salaire ordinaire pour son travail à 50% chez X. _____ SA ainsi que des prestations d'indemnités journalières versées par la défenderesse pour les 50% restants. Cette répartition des revenus entre l'employeur et son assurance d'indemnités journalières ne peut bien entendu continuer à exister que si l'employeur et les employeurs sont toujours affiliés auprès de cette assurance d'indemnités journalières. Mais ce n'est incontestablement plus le cas ni de l'une ni de l'autre depuis le 1^{er} janvier 2009, d'une part parce que X. _____ SA a résilié le contrat d'assurance collective au 31 décembre 2008, et d'autre part parce que le demandeur a mis fin à son contrat de travail avec X. _____ SA pour la même date. Il n'y a donc à partir du 1^{er} janvier 2009 plus de raison juridique pour la défenderesse de verser, en plus du salaire à 50% du demandeur auprès du nouvel employeur O. _____ SA, des prestations d'indemnités journalières. Ce serait le cas échéant à l'assurance d'indemnités journalières d'O. _____ SA de le faire.

Il est en outre incontesté que des prestations d'invalidité reviennent au demandeur pour les 50% (une demi-rente) pour lesquels il est considéré en incapacité de travail. En ce qui concerne la défenderesse, il existe pour elle toujours une invalidité de 50% mais plus d'obligation de paiement en raison du fait que le demandeur n'a plus de salaire assurable chez elle puisqu'il a changé d'employeur depuis le 1^{er} janvier 2009 et

qu'elle ne peut par conséquent plus calculer ni verser aucune indemnité journalière. Toute autre conclusion serait diamétralement contraire au principe de l'assurance perte de gain que représente l'assurance d'indemnités journalières collective de la défenderesse.

Fondée sur ce qui précède, la défenderesse estime qu'il convient de rejeter entièrement non seulement la demande déposée sous forme de demande partielle, mais également d'admettre la demande reconventionnelle et de constater sur cette base que la défenderesse ne doit rien au demandeur.

c) Dans sa réplique du 11 mai 2010, le demandeur estime que les conclusions reconventionnelles purement constatatoires prises par la défenderesse sont irrecevables; il persiste par ailleurs dans toutes les conclusions de sa demande.

Selon le demandeur, on ne saurait affirmer, comme le fait la défenderesse, que, sous l'art. 8.1 let. h des CGA, «l'annulation du contrat» reviendrait au même que «la résiliation du contrat collectif», les termes juridiques «annulation du contrat» et «résiliation du contrat» n'étant nullement équivalents. Au surplus, en vertu du principe «in dubio contra assicuratorem», on ne saurait interpréter les conditions générales applicables en leur attribuant la teneur souhaitée par la défenderesse. Par ailleurs, si le Tribunal devait suivre l'argumentation de la défenderesse selon laquelle il faut par «annulation» du contrat entendre «résiliation» du contrat, il y aurait lieu de tenir compte de la protection que la jurisprudence réserve au consommateur à travers la règle de l'inhabituel, ou de l'insolite. En effet, dès lors qu'il est rare de trouver une clause limitative concernant la continuation du versement de prestations issues d'un contrat collectif pour le cas où le contrat serait résilié, on pourrait légitimement en l'espèce se poser la question de la clause insolite.

Le demandeur relève que la défenderesse invoque encore à l'appui de son argumentation principale l'art. 8.1 let. g des CGA, en cherchant à déduire d'une interprétation a contrario de cette disposition

que la couverture ultérieure s'appliquerait exclusivement et uniquement si le contrat de travail de la personne assurée a pris fin et que celle-ci touche à cette date des prestations dans le cadre du contrat collectif. Or selon le demandeur, cette interprétation serait particulièrement absurde. En premier lieu, on ne parle pas pour l'instant de la fin de la période de couverture puisque, faute de clauses particulières limitant ou supprimant le droit aux prestations d'indemnités journalières après la fin de la période de couverture, l'assurance doit prester, peu importe que la couverture soit éteinte ou non. Deuxièmement, s'agissant de la couverture d'assurance elle-même, l'art. 8.1 des CGA énumère un certain nombre de cas où celle-ci s'éteint, dont aucun n'est réalisé en l'espèce; la lettre g prévoit même expressément que la couverture d'assurance ne s'éteint pas par la sortie du cercle des personnes assurées si, à ce moment-là, la personne assurée perçoit des prestations de l'assurance indemnités journalières collective du preneur d'assurance, ce qui est précisément le cas du demandeur; il n'est nulle part fait mention du fait que cette règle ne s'appliquerait pas pour le cas où le contrat serait résilié par l'une ou l'autre des parties.

d) Dans sa duplique du 28 mai 2010, la défenderesse déclare maintenir intégralement son argumentation juridique, telle qu'exposée dans sa réponse. Elle relève que l'interprétation des conditions d'assurance selon le principe «in dubio contra assicuratorem» que fait le demandeur n'y peut rien changer, la formulation des conditions d'assurance ne manquant pas du tout de clarté, bien au contraire: il ressort à l'évidence des conditions d'assurance que le contrat d'assurance entre la défenderesse et le preneur d'assurance (X. _____ SA) a pris fin au 31 décembre 2008 et que, dès lors, à compter du 1^{er} janvier 2009, les personnes auparavant assurées ne sont plus habilitées à exiger quelque prestation que ce soit de la défenderesse. A quoi s'ajoute, pour ce qui est du demandeur, qu'il a enfreint son devoir d'information à l'égard de la défenderesse puisqu'il a omis d'indiquer qu'un nouveau rapport de travail avait débuté le 1^{er} janvier 2009 auprès d'O. _____ SA. Du fait de son nouvel emploi, c'est à l'assureur en indemnités journalières du nouvel employeur d'intervenir le cas échéant. Enfin, la défenderesse relève que le demandeur a omis - dans sa réplique du 11 mai 2010 également - de

produire des documents actuels établissant la prétendue incapacité de travail en vertu de laquelle il aurait droit aux prestations réclamées de la défenderesse. Le dernier certificat médical en possession de la défenderesse date du 3 juillet 2009 et, dans sa forme de certificat global, ne peut être accepté pour ce qui est de la prétendue incapacité de travail. Par conséquent, le demandeur manque d'apporter des preuves juridiquement suffisantes pour établir la prétendue incapacité de travail à partir du 1^{er} janvier 2009, raison pour laquelle sa demande doit être écartée d'emblée faute d'éléments concluants pour étayer son point de vue. La défenderesse en conclut qu'il convient de constater que, à compter du 1^{er} janvier 2009, elle n'est plus redevable de quoi que ce soit envers le demandeur, si bien que la demande doit être rejetée et l'action en constatation (négative) jointe sous forme de demande reconventionnelle admise, avec suite de frais et dépens.

e) Le 2 juin 2010, les parties ont été informées que la cause était gardée à juger.

E n d r o i t :

1. a) Conformément à l'art. 12 al. 3 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, RS 832.10), les assurances complémentaires pratiquées par les caisses-maladie en plus de l'assurance maladie sociale ne sont pas soumises à la LAMal, mais sont régies par le droit des assurances privées, à savoir par la LCA (loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance, RS 221.229.1). Sont réputées assurances complémentaires au sens de l'art. 12 al. 3 LAMal toutes les couvertures d'indemnités journalières en cas de maladie soumises à la LCA (TC VD, Ch. rec. du 24 juin 1998, consid. 4, in JdT 1999 III 106 ss ; cf. aussi Jean Fonjallaz, Compétence et procédure en matière de contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie, in JdT 2000 III 79 ss; Jean-Baptiste Ritter, Le contentieux de l'assurance-maladie privée en cas de perte de gain : Droit fédéral et compétences cantonales, in Colloques et journées d'étude 1999-2001, éd. IRAL, Lausanne 2002, p. 757

spéc. p. 763 ss). Tel est le cas du contrat d'assurance collective invoqué en l'espèce.

b) Le décret du Grand Conseil 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), toujours en vigueur, est applicable. Le contentieux visé par ce décret doit désormais (à partir du 1^{er} janvier 2009) être jugé par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Quant bien même il s'agit d'une cause civile, sont applicables les règles de procédure prévues pour l'action de droit administratif (cf. JdT 2009 III 43), au sens des art. 106 ss LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36). En vertu du droit fédéral, les cantons doivent prévoir dans ce domaine une procédure simple et rapide dans laquelle le juge établit d'office les faits et apprécie librement les preuves (art. 85 al. 2 LSA [loi fédérale du 17 décembre 2004 sur la surveillance des entreprises d'assurance, RS 961.01]); le régime des art. 106 ss LPA-VD est compatible avec ces exigences.

c) La cause, valablement introduite en la forme, ressortit à la compétence de la Cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]), dès lors que la valeur litigieuse dépasse le seuil de 30'000 fr. jusqu'auquel la cause peut être tranchée par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 107 LPA-VD).

d) La compétence ratione loci de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal découle de l'art. 22 al. 1 let. a LFors (loi fédérale sur les fors en matière civile du 24 mars 2000, RS 272), qui prévoit qu'en cas de litige concernant les contrats conclus avec des consommateurs, le for est celui du domicile ou du siège de l'une des parties lorsque l'action est intentée par le consommateur. Sont réputés contrats conclus avec des consommateurs les contrats portant sur une prestation de consommation courante destinée aux besoins personnels ou familiaux du consommateur et qui a été offerte par l'autre partie dans le

cadre de son activité professionnelle ou commerciale (art. 22 al. 2 LFors). L'assuré, le bénéficiaire de l'assurance et le preneur d'assurance d'une assurance complémentaire perte de gain en cas de maladie étant des consommateurs au sens de la loi sur les fors (Ritter, op. cit., p 771), le demandeur peut ouvrir action au for de son domicile dans le canton de Vaud en vertu de l'art. 22 al. 1 let. a LFors, ce qui n'est pas contesté par la défenderesse.

2. a) Il est incontesté que l'incapacité de travail de 50% frappant le demandeur a débuté le 19 décembre 2007, à une époque où le demandeur bénéficiait d'un contrat d'assurance collective d'indemnités journalières selon la LCA conclu par son employeur d'alors, X. _____ SA, auprès de la défenderesse; sur la base de ce contrat, la défenderesse a ainsi versé en faveur du demandeur des prestations jusqu'au 31 décembre 2008 inclus, d'abord au preneur d'assurance en sa qualité d'employeur du demandeur puis, à partir du 1^{er} septembre 2008, directement au demandeur en sa qualité de bénéficiaire (cf. lettres A.a à A.c supra). Il est également incontesté que X. _____ SA a résilié avec effet au 31 décembre 2008 le contrat d'assurance collective qui la liait à la défenderesse (cf. lettre A.f supra) et que les rapports de travail entre le demandeur et X. _____ SA ont quant à eux également pris fin le 31 décembre 2008, le demandeur étant engagé dès le 1^{er} janvier 2009 par O. _____ SA à un taux d'activité de 50% (cf. lettre A.d supra). La couverture d'assurance du contrat d'assurance collective a ainsi pris fin pour le demandeur au 31 décembre 2008, ensuite de la résiliation de ce contrat pour cette date par le preneur d'assurance X. _____ SA.

Il n'est pas contesté que le demandeur n'a pas conclu d'assurance individuelle auprès de la défenderesse ensuite de la résiliation par X. _____ SA du contrat d'assurance collective (cf. lettres A.d et A.i supra), sans qu'il importe ici de résoudre la question de savoir si le droit de passage dans l'assurance individuelle sans nouvel examen de l'état de santé (cf. art. 11.1 des CGA) lui était ouvert ou non. Le litige porte ainsi sur la question de savoir si le demandeur peut faire valoir un droit aux indemnités journalières, depuis le 1^{er} janvier 2009, sur la base du contrat

d'assurance collective LCA conclu entre son ancien employeur X. _____ SA et la défenderesse.

b) Le Tribunal fédéral a exposé à l'ATF 127 III 106 que lorsque les conditions de l'assurance collective d'indemnités journalières selon les art. 67 ss LAMal prévoient que la couverture d'assurance s'éteint lors de la cessation des rapports de travail et que l'incapacité de travail perdure au-delà de cette date, des prestations ne doivent être fournies que si et tant que le travailleur concerné reste, par son passage dans l'assurance individuelle, membre de la caisse-maladie. En effet, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, le droit aux prestations d'un assureur-maladie est lié à l'affiliation; à l'extinction du rapport d'assurance, le droit aux prestations n'est plus donné et il est mis fin à celles éventuellement en cours. C'est pourquoi l'art. 71 LAMal prévoit que lorsqu'un assuré sort de l'assurance collective parce qu'il cesse d'appartenir au cercle des assurés défini par le contrat ou parce que le contrat est résilié, il a le droit de passer dans l'assurance individuelle de l'assureur. Pour éviter une lacune dans la couverture de la perte de gain dès lors que l'assurance-chômage ne verse en cas d'incapacité de travail l'indemnité journalière que pendant 30 jours au plus (art. 28 al. 1 LACI [loi fédérale du 25 juin 1982 sur l'assurance chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité, RS 837.0]), l'art. 73 al. 2 LAMal dispose que les chômeurs assurés peuvent prétendre, moyennant une adaptation équitable des primes, à la transformation de leur ancienne assurance en une assurance dont les prestations sont versées dès le 31^e jour, sous garantie du montant des anciennes indemnités journalières et sans prendre en considération l'état de santé au moment de la transformation (ATF 127 III 106 consid. 3a et les références citées).

Comme l'a expliqué le Tribunal fédéral dans ce même arrêt, il en va par contre différemment dans l'assurance privée selon la LCA, telle que l'assurance collective d'indemnités journalières litigieuse, dans laquelle le droit aux prestations ne dépend pas d'une affiliation. Ici, si le sinistre survient pendant la période de couverture, l'assureur doit verser les prestations convenues jusqu'à épuisement, aussi longtemps qu'elles

sont justifiées selon les clauses conventionnelles; la seule limite que connaisse la couverture réside non dans la fin des relations contractuelles, mais dans la durée des prestations convenues. Partant, en l'absence de clauses conventionnelles limitant ou supprimant le droit aux prestations au-delà de la période de couverture, l'assuré qui, après un événement ouvrant le droit aux prestations, sort d'une assurance collective parce qu'il cesse d'appartenir au cercle des assurés défini par le contrat, peut faire valoir son droit aux prestations également pour les suites de l'événement qui se produisent après l'extinction du rapport d'assurance (ATF 127 III 106 consid. 3b et les références citées; voir aussi TF 4A_120/2008 du 19 mai 2008, consid. 2.2; TF 4A_39/2009 du 7 avril 2009, consid. 3.5; TF 4A_186/2010 du 3 juin 2010, consid. 3).

c) Il résulte de la jurisprudence précitée du Tribunal fédéral que l'extinction au 31 décembre 2008 – ensuite de la résiliation pour cette date du contrat d'assurance collective par X. _____ SA – de la couverture d'assurance dont bénéficiait le demandeur sur la base de ce contrat ne signifie pas qu'il n'existerait plus de droit aux prestations découlant de ce contrat à partir du 1^{er} janvier 2009. Le sinistre étant en l'espèce survenu pendant la période de couverture, la défenderesse doit verser les prestations convenues également pour les suites de l'événement qui se produisent après l'extinction du rapport d'assurance, et ce jusqu'à épuisement, aussi longtemps que ces prestations sont justifiées selon les clauses conventionnelles.

Il n'en irait différemment, conformément à la jurisprudence rappelée plus haut, que si la défenderesse pouvait invoquer une clause conventionnelle limitant ou supprimant le droit aux prestations au-delà de la période de couverture. Or en l'espèce, le contrat d'assurance collective litigieux ne contient pas de clauses particulières limitant ou supprimant le droit aux prestations après la fin de la période de couverture. Les dispositions des CGA invoquées par la défenderesse dans sa réponse (cf. lettre B.b/cc) ont précisément trait à l'extinction de la couverture d'assurance et ne prévoient pas de limitation ou de suppression du droit aux prestations après la fin de la période de couverture. En invoquant le

fait que le contrat d'assurance entre la défenderesse et le preneur d'assurance (X._____ SA) a pris fin au 31 décembre 2008 pour prétendre qu'à compter du 1^{er} janvier 2009, les personnes auparavant assurées ne sont plus habilitées à exiger quelque prestation que ce soit de la défenderesse (cf. lettre B.d supra), celle-ci confond période de couverture et droit aux prestations, lequel subsiste après la fin de la période de couverture pour les suites des événements qui se produisent après l'extinction du rapport d'assurance, en l'espèce pour l'incapacité de travail et de gain de 50% dans la mesure où celle-ci persiste après le 31 décembre 2008.

3. a) Par décision du 7 mai 2009, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud, constatant que le demandeur présentait pour des raisons de santé une incapacité de travail ininterrompue depuis le 19 décembre 2007 et qu'à l'échéance du délai de carence d'une année de l'art. 28 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20), soit au 1^{er} décembre 2008, il présentait une incapacité de travail de 50% dans toute activité et donc une incapacité de gain présumée permanente ou de longue durée (cf. art. 8 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]) de 50%, lui a octroyé une demi-rente d'invalidité avec effet rétroactif au 1^{er} décembre 2008 (cf. lettre A.e supra). En l'absence de toute amélioration de l'état de santé du demandeur et de sa capacité de travail et de gain durablement réduite à 50%, ce que les certificats médicaux de la Dresse K._____ (cf. lettre A.i supra) ne font que confirmer, le demandeur a dûment établi qu'il présente une perte de gain de 50% pendant toute la période pour laquelle il sollicite des prestations de la défenderesse, soit jusqu'en décembre 2009 (cf. lettre B.a/cc supra). C'est donc à tort que la défenderesse, après avoir admis dans sa réponse l'existence d'une incapacité de travail et de gain de 50% (cf. lettre B.b/cc supra), prétend dans sa duplique que l'existence d'une telle incapacité à partir du 1^{er} janvier 2009 ne serait pas établie (cf. lettre B.d supra).

b) Il s'ensuit que la défenderesse doit verser les prestations convenues jusqu'à épuisement du droit aux prestations, soit pendant 720

jours. Il n'est pas contesté que les indemnités journalières contractuelles ont été payées, d'abord à l'employeur X. _____ SA puis au demandeur directement, du 19 décembre 2007 au 31 décembre 2008, soit pendant 378 jours. Le demandeur a donc droit au paiement des indemnités journalières contractuelles pendant un solde de 342 jours, soit jusqu'au 8 décembre 2009.

Il est constant que la demi-indemnité journalière à laquelle le recourant a droit pendant cette période, compte tenu de l'imputation des prestations versées par l'AI (cf. art. 24 des CGA), s'élève à 95 fr. 20, soit 128 fr. 50 par jour moins 33 fr. 30 par jour (correspondant au montant de la demi-rente d'invalidité de 12'156 fr. par an divisé par 365 jours ; cf. lettres A.h et B.a/cc supra). C'est donc un montant total de 32'558 fr. 40 (95 fr. 20 x 342 jours) que la défenderesse doit verser au demandeur, avec intérêts à 5% l'an dès le 19 juin 2009 (date moyenne).

c) La question de la recevabilité des conclusions reconventionnelles de la défenderesse peut ainsi demeurer indécise, dans la mesure où celles-ci devraient de toute manière être rejetées vu l'admission des conclusions du demandeur, auxquelles elles s'opposent.

4. a) En définitive, la défenderesse doit être condamnée à verser au demandeur la somme de 32'558 fr. 40, plus intérêts à 5% l'an dès le 19 juin 2009.

b) Il ne sera pas perçu de frais de justice, la procédure étant gratuite pour les parties (art. 85 al. 3 LSA). Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, le demandeur a droit à des dépens, qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr., à la charge de la défenderesse (art. 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 109 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 85 al. 3 LSA et ATF 126 V 143).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales**

prononce :

- I. La demande est admise.
- II. La défenderesse Caisse-maladie E._____ versera au demandeur P._____ la somme de 32'558 fr. 40 (trente-deux mille cinq cent cinquante-huit francs et quarante centimes), plus intérêts à 5% l'an dès le 19 juin 2009.
- III. Il n'est pas perçu de frais de justice.
- IV. Une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs), à verser au demandeur à titre de dépens, est mise à la charge de la défenderesse.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Flore Primault, avocate (pour P._____),
- Me Gian Sandro Genna, avocat (pour la Caisse-maladie E._____),
- Office fédéral des assurances privées,

et communiqué à :

- Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers,

par l'envoi de photocopies.

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.

Le greffier :