

Tribunal cantonal du canton de Vaud, 24 septembre 1999,  
R. c. Winterthur Assurances, Lausanne

**Faits:** Z. R., née en 1964, a travaillé en qualité d'ouvrière au service de la maison Re. SA, à A., du 17 juin 1996 au 31 octobre 1997. Pendant cette période, elle a été assurée auprès de la Winterthur au titre d'un contrat d'assurance collective pour une indemnité journalière en cas de maladie, dont le preneur était son employeur.

Le 22 juillet 1987, l'assurée a été victime d'un accident professionnel, dont les suites ont été prises en charge par la CNA. Par décision sur opposition du 22 septembre 1998, celle-ci a confirmé qu'elle mettait fin à ses prestations avec effet au 1er février 1998; elle considère que les troubles diagnostiqués par le médecin-traitant de l'intéressée ne sont plus en relation de causalité avec l'accident assuré. Cette décision a fait l'objet d'un recours, pendant devant le Tribunal des assurances (cause AA 120/98).

L'assurée s'est alors adressée à la Winterthur pour obtenir des indemnités journalières au titre de la couverture en cas de maladie, notamment par une lettre du 5 novembre 1998. Le 27 novembre suivant, la Winterthur a refusé de donner une suite favorable à cette requête. Elle indique que, selon son médecin traitant, le Dr C. B., à V., l'assurée, qui avait été en traitement en août 1993, a été apte à travailler depuis la fin de 1993 jusqu'à l'accident du 22 juillet 1997; elle ajoute que dès cette date jusqu'au 1er février 1998, l'incapacité de travail était dû uniquement aux suites de l'accident et que ce n'est que dès le 3 février 1998, soit lorsque la couverture auprès de la Winterthur avait cessé, que l'incapacité de travail est due à la maladie. Or, à cette dernière date, l'intéressée n'était plus couverte au titre du contrat collectif d'assurance-maladie.

Z. R., représentée par l'avocate L. C., a ouvert action contre la Winterthur par demande du 25 janvier 1999. Elle conclut, avec dépens, principalement à l'octroi des indemnités journalières pour toute la durée de son incapacité de travail et, subsidiairement, à la mise en oeuvre d'une expertise médicale. Elle fait valoir qu'elle a souffert du dos avant l'accident déjà, que ses lombalgies actuelles sont la conséquence d'une maladie qui est intervenue avant le 31 octobre 1997 et que, partant, la défenderesse doit lui verser de pleines indemnités journalières. Elle requiert en outre, si tant est qu'il ne puisse être statué en sa faveur en l'état du dossier, qu'un expert soit désigné pour établir les conséquences qu'auraient eu l'accident sur un dos sain et déterminer quand le statu quo sine a été atteint.

Dans sa réponse du 26 avril 1999, la défenderesse a conclu au rejet du recours, reprenant et développant son argumentation. Elle considère notamment que la demanderesse ne souffrait d'aucune séquelle, d'état maladif ou de processus dégénératif quelconque antérieur à l'accident du 22 juillet 1997. Son argumentation étant, selon elle, établie par les avis médicaux concordants, elle estime superflue une expertise médicale.

Dans sa réplique du 12 mai 1999, la demanderesse, confirmant également ses conclusions, a estimé que l'origine de sa pathologie et la cause de ces douleurs ne sont pas établies et que, partant, il est indispensable de requérir l'avis d'un spécialiste.

Dans sa duplique du 9 juillet 1999, la défenderesse a également maintenu ses conclusions.

**Motifs:** Les assurances complémentaires sont, depuis le 1er janvier 1996, soumises au droit privé, soit à la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA), en vertu de l'article 12 alinéa 3 LAMal. Le Canton de Vaud a néanmoins confié au Tribunal des assurances le contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie (décret du Grand Conseil du 20 mai 1996 [RALV 1996 p. 119; FAO 1996 p. 1956]). S'agissant désormais d'un contentieux de droit privé, et non plus de droit administratif, la

procédure applicable n'est plus celle du recours, mais celle de l'action (art. 47 LSA; RAMA 1998, KV 22 p. 49, c. 3a).

La demande est recevable.

Sur le fond, le chiffre A 4 des CGA applicable au contrat collectif prévoit que la couverture d'assurance cesse, pour chaque assuré, notamment "à sa sortie du cercle des assurés". Cette disposition contractuelle ne contrevient, à l'évidence, à aucune règle impérative énoncée à l'article 97 alinéa 1er LCA. En outre, le risque assuré selon l'article 33 LCA est la maladie, à l'exclusion de l'accident (cf. le ch. A 3 des CGA précitées).

Il est patent que la demanderesse n'a pas subi, entre la fin 1993 et le 22 juillet 1997, une incapacité de travail en relation avec la maladie dont elle avait souffert en 1993 et que, jusqu'au 1er juillet 1998, son incapacité de travail a été due uniquement à l'accident professionnel subi le 22 juillet 1997. Dans ces conditions, il est superflu de déterminer de manière précise quelle est l'origine de cette ancienne pathologie. Une expertise médicale est dès lors inutile.

Il est ainsi établi qu'une incapacité de travail due à la maladie n'a débuté que le 2 février 1998. Or, à cette date, la demanderesse n'était plus assurée auprès de la défenderesse au titre du contrat collectif liant celle-ci à son employeur, puisqu'elle avait quitté son emploi le 31 octobre 1997; elle ne prétend par ailleurs pas que son affiliation aurait duré au-delà de cette date, à titre individuel, ni que la défenderesse aurait omis de l'informer de son droit de libre passage dans l'assurance individuelle prévu par le chiffre E 7 des CGA de la défenderesse.

Au vu de ce qui précède, la demande doit être rejetée.

La demande apparaissant d'emblée comme manifestement mal fondé, la cause a été tranchée par le Président du Tribunal des assurances statuant comme juge unique (art. 10 LTA).

Par ces motifs,  
le Président du Tribunal des assurances  
p r o n o n c e :

La demande est rejetée.

Le présent jugement, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est communiqué aux parties par envoi sous pli recommandé avec accusé de réception, avec avis qu'il leur est loisible, si, d'après leurs conclusions, les droits contestés en instance cantonale atteignent une valeur d'au moins 8'000 fr., d'interjeter un recours en réforme au Tribunal fédéral, dans un délai de 30 jours dès la réception de la communication écrite de la décision. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal cantonal des assurances, Route du Signal 8, 1014 Lausanne.

Outre, la désignation de la décision attaquée et de la partie intimée, l'acte de recours doit contenir:

Dans les contestations de nature pécuniaire lorsque le montant de la réclamation n'est pas déterminé, la mention que la valeur exigée est atteinte, ainsi que, éventuellement, les motifs pour lesquels le recourant conteste une constatation contraire de la juridiction inférieure;

L'indication exacte des points attaqués de la décision et des modifications demandées. Le simple renvoi aux conclusions formulées dans la procédure cantonale ne suffit pas. Il ne peut être présenté de conclusions nouvelles;

Les motifs à l'appui des conclusions. Ils doivent indiquer succinctement quelles sont les règles de droit fédéral violées par la décision attaquée et en quoi consiste cette violation. Il

ne peut être présenté de griefs contre les constatations de fait, ni de faits, exceptions, dénégations et preuves nouveaux, ni d'observations sur la violation du droit cantonal;

Lorsque la constatation d'un fait que la juridiction cantonale doit apprécier d'après le droit fédéral est attaquée pour le motif qu'elle repose manifestement sur une inadvertance, l'indication exacte de cette constatation et la pièce du dossier qui la contredit;

Le cas échéant, la demande d'assistance judiciaire (art. 152 OJF) (art. 43 ss OJF, spéc. art. 46, 54 et 55).

Les autres voies de droit demeurent réservées.

Le jugement est également communiqué à l'Office fédéral des assurances privées (art. 47 al. 4 LSA).