



TRIBUNAL CANTONAL

AMC 27/10 - 12/2011

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Jugement du 3 mai 2011

---

Présidence de            M.            JOMINI  
Juges                    :            MM.            Neu et Métral  
Greffier                :            M.            d'Eggis

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**E.** \_\_\_\_\_ **Sàrl**, demanderesse, représentée par Me Eric Reynaud

et

**A.**\_\_\_\_\_ **SA**, défenderesse,

\_\_\_\_\_

## **Art. 87 LCA; 1 DTAs-AM**

### **E n f a i t :**

**A.** E.\_\_\_\_\_ Sàrl (ci-après : la société E.\_\_\_\_\_ Sàrl), à \_\_\_\_\_, est une société à responsabilité limitée dont le but est la location, la réparation, l'entretien, l'achat et la vente de toutes machines de chantier. Ses associés gérants sont N.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_. Ce dernier est en outre salarié de la société.

La société E.\_\_\_\_\_ Sàrl a conclu en 1995 avec A.\_\_\_\_\_ SA un contrat d'assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie (police n° [...]). Le preneur d'assurance est la société E.\_\_\_\_\_ Sàrl. Les personnes assurées désignées dans la police sont le personnel masculin et le personnel féminin de l'entreprise (cf. aussi art. 3 let. a des conditions générales d'assurance [CGA]). Le contrat est régi par les conditions générales et, au surplus, par la loi fédérale sur le contrat d'assurance (art. 26 CGA).

**B.** La société E.\_\_\_\_\_ Sàrl a informé A.\_\_\_\_\_ SA, par une lettre du 13 mars 2007, que M.\_\_\_\_\_ était en incapacité de travail à 50 % depuis le 15 décembre 2006, pour une durée indéterminée, à cause d'une maladie. A.\_\_\_\_\_ SA a enregistré la déclaration de maladie et ouvert un dossier de sinistre (personne assurée : M.\_\_\_\_\_). Elle a versé des prestations jusqu'au 31 décembre 2007 (indemnités journalières).

**C.** Dans une demande du 13 octobre 2010 adressée au Tribunal d'arrondissement de La Côte, la société E.\_\_\_\_\_ Sàrl a pris les conclusions suivantes à l'encontre de A.\_\_\_\_\_ SA :

"I.- La défenderesse A.\_\_\_\_\_ SA est débitrice de E.\_\_\_\_\_ Sàrl et lui doit immédiat paiement de la somme de fr. 35'843.60 (trente-cinq mille huit cent quarante-trois francs et soixante centimes), plus intérêts à 5 % l'an, les intérêts portant sur les sommes et échéances suivantes :

- fr. 3'525.60, à 5 % l'an, dès le 1er décembre 2007;
- fr. 3'643.12, à 5 % l'an, dès le 1er janvier 2008;
- fr. 3'643.12, à 5 % l'an, dès le 1er février 2008;
- fr. 3'408.08, à 5 % l'an, dès le 1er mars 2008;

- fr. 3'643.12, à 5 % l'an, dès le 1er avril 2008;
- fr. 3'525.60, à 5 % l'an, dès le 1er mai 2008;
- fr. 3'643.12, à 5 % l'an, dès le 1er juin 2008;
- fr. 3'525.60, à 5 % l'an, dès le 1er juillet 2008;
- fr. 3'643.12, à 5 % l'an, dès le 1er août 2008;
- fr. 3'643.12, à 5 % l'an, dès le 1er septembre 2008.

II. L'opposition formée par A. \_\_\_\_\_ SA au commandement de payer qui lui a été notifié le 30 octobre 2009 par l'Office des poursuites du canton de Bâle-Ville, dans la poursuite ordinaire n° [...] est définitivement levée."

**D.** La société E. \_\_\_\_\_ Sàrl (la demanderesse) et A. \_\_\_\_\_ SA (la défenderesse) ont passé les 17/23 décembre 2010 une convention de procédure et en report de cause, qui stipule que la cause est reportée en l'état devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Le 24 décembre 2010, le président du Tribunal d'arrondissement a pris acte de cette convention et transmis le dossier de la cause à la Cour de céans. Elle est traitée par la Cour des assurances sociales depuis le 29 décembre 2010.

**E.** Dans sa réponse du 3 mars 2011, la défenderesse conclut au rejet de la demande, dans la mesure où elle est recevable.

La demanderesse a déposé des déterminations le 15 avril 2009, en confirmant ses conclusions.

## **E n d r o i t :**

**1.** Le contrat d'assurance litigieux relève du droit privé. Il est soumis à la législation civile fédérale, notamment à la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA; RS 221.229.1), et non pas à la législation de droit public sur l'assurance-maladie sociale (LAMal; RS 832.10).

Le 20 mai 1996, le Grand Conseil avait adopté le Décret relatif à l'attribution au Tribunal cantonal des assurances de la compétence du contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie (DTAs-AM; ancien RSV 173.431). Cela visait, précisément, les assurances collectives d'indemnités journalières selon la LCA. Après que la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a remplacé, le 1er janvier 2009, l'ancien Tribunal des assurances, le décret de 1996, toujours en vigueur, a été interprété dans le sens que cette Cour du Tribunal cantonal était compétente pour traiter ce contentieux, en appliquant sur le plan formel les règles de procédure administrative. En particulier, le statut des assurances complémentaires est identique, qu'elles soient pratiquées par des caisses-maladie ou des assurances privées, si bien qu'il y a lieu d'étendre aux secondes la compétence attribuée au Tribunal cantonal (JT 2009 III 106).

Le 16 décembre 2009, le Grand Conseil a adopté le Décret abrogeant celui 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. Ce nouveau décret, qui a pour seul objet d'abroger le décret de 1996, est entré en vigueur le 1er janvier 2011. Ainsi, depuis le 1er janvier 2011 dans le canton de Vaud, les contestations de droit privé qui s'élèvent entre les entreprises d'assurance et les assurés sont dans la compétence du juge ordinaire (cf. art. 85 al. 1 LSA [loi fédérale sur la surveillance des entreprises d'assurance du 17 décembre 2004; RS 961.01]) et la législation de procédure civile s'applique.

Néanmoins, les anciennes règles de compétence et de procédure s'appliquent lorsque la demande a été introduite avant le 1er janvier 2011 (cf. art. 404 CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272]). Tel est le cas en l'espèce. Il appartient donc à la Cour de céans, à qui l'affaire a du reste été transmise en 2010, de statuer.

**2. a)** La demanderesse fait valoir que l'assurance a été conclue avec la défenderesse sans indication nominative des employés assurés, qu'elle est en droit de poursuivre la défenderesse devant un tribunal pour toute question relative à l'exécution du contrat d'assurance, que l'incapacité partielle de travail de son salarié M. \_\_\_\_\_ a duré au-delà de fin octobre 2007, que les indemnités n'ont pas été versées entre le 1er novembre 2007 et le 30 août 2008, et qu'elle-même peut réclamer des indemnités journalières qui lui étaient dues en vertu du contrat.

La défenderesse répond que la demanderesse n'a aucun droit à des prestations d'assurance de sa part. Elle a qualité de preneur d'assurance du contrat d'assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie (police n° [...]) mais elle n'est pas assurée dans le cadre de ce contrat. Pour la défenderesse, la demanderesse n'a donc pas de légitimation active.

**b)** La demanderesse, comme employeur, a souscrit une assurance collective qui confère directement des droits à ses travailleurs. Ceux-ci – le personnel masculin et le personnel féminin de l'entreprise, selon les clauses du contrat – ont dans l'assurance collective contre la maladie, aux termes de l'art. 87 LCA, un droit propre contre l'assureur dès qu'une maladie est survenue. Il importe peu que les travailleurs soient indiqués nominativement dans le contrat, quand celui-ci permet clairement de les déterminer (cf. Olivier Carré, Loi fédérale sur le contrat d'assurance annotée, 2000, p. 437 ; Peter Stein, in Basler Kommentar VVG, n. 8 ad art. 87 LCA). Le contrat collectif d'indemnités journalières, soumis aux normes de la LCA, est une assurance au profit de tiers (cf. art. 18 al. 3 LCA), qui confère un droit propre au bénéficiaire (le travailleur) contre l'assureur, en vertu de l'art. 87 LCA (cf. TF 4A\_179/2007 du 12 septembre 2007, c. 4.2). Il incombe à la personne assurée, qui entend faire valoir ses prétentions à l'encontre de l'assureur, d'agir personnellement ; c'est elle qui est titulaire des droits à invoquer en justice (cf. Peter Stein, in Basler Kommentar VVG, n. 15 et 18 ad art. 87 LCA).

La demanderesse, comme preneur d'assurance (tenu notamment au paiement des primes), n'est pas une personne assurée ni un bénéficiaire au sens de l'art. 87 LCA. Partant, s'agissant des prétentions découlant de la survenance d'une maladie, elle n'est pas la titulaire des droits en cause. Dans le cas particulier, ce n'est donc pas la demanderesse (l'employeur) mais M. \_\_\_\_\_ personnellement (le

travailleur) qui peut se prévaloir d'un droit propre (« ein selbständiges Forderungsrecht », dans le texte allemand de l'art. 87 LCA) contre la défenderesse (l'assureur). Dans ces conditions, il faut considérer que la légitimation active fait défaut à la demanderesse, ce qui entraîne le rejet de l'action (Fabienne Hohl, Procédure civile, t. I, 2001, n. 447 et 451 p. 100).

**3.** L'ancien art. 85 al. 3 LSA, qui prévoyait la gratuité de la procédure relative aux prestations de l'assurance-maladie complémentaire, a certes été abrogé avec l'entrée en vigueur du Code de procédure civile du 19 décembre 2008; il convient toutefois d'appliquer l'ancien droit dans la présente procédure. Il se justifie donc de statuer sans frais.

Par ailleurs, la demanderesse succombe et ne peut donc pas prétendre à des dépens.

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

- I.** La demande est rejetée.
- II.** Le jugement est rendu sans frais ni dépens.

Le président :            Le greffier :

**Du**

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

Me Eric Reynaud, avocat (pour E. \_\_\_\_\_ Sàrl),  
A. \_\_\_\_\_ SA.

par l'envoi de photocopies.

Un appel au sens des art. 308 ss CPC peut être formé dans un délai de 30 jours dès la notification de la présente décision en déposant au greffe du Tribunal cantonal un mémoire écrit et motivé. La décision objet de l'appel doit être jointe.

Le greffier :