

Tribunal des Assurances du Canton de Vaud, 22 octobre 1997,
G. c. CSS Assurance, Lucerne

Faits: G. G., né en 1942, est assuré auprès de la Chrétienne sociale suisse, CSS Assurance; il bénéficie, outre de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal, d'une assurance complémentaire couvrant les frais d'hospitalisation en division semi-privée. Le contrat régissant cette dernière couverture prévoit notamment un système dit de "bonus", instituant une diminution de prime si l'assuré ne revendique aucune prestation durant un laps de temps donné.

G. G. a été hospitalisé du 6 décembre au 23 décembre 1992 pour une opération de hernie discale. Comme les douleurs à l'origine de l'opération étaient apparues après une glissade, G. G. a annoncé le cas à son assureur-accidents LAA, qui était la Zurich Assurances. Après avoir alloué ses prestations dans un premier temps, celle-ci a statué que le cas relevait de l'assurance-maladie et obtenu le remboursement des frais de traitement par la CSS Assurance.

Victime d'une rechute de hernie discale à la fin de l'année 1995, G. G. a subi une nouvelle opération en février 1996, laquelle a été prise en charge par la CSS Assurance. De ce fait, l'assureur lui a refusé le bénéfice, pour 1997, du rabais contractuel à défaut de prestations.

G. G. a ouvert action contre CSS Assurance devant le Tribunal des assurances par acte mis à la poste le 20 juin 1997, concluant à l'octroi du rabais de prime contractuel. Il fait valoir que le traitement de la hernie discale devrait être pris en charge par l'assurance-accidents et que, par conséquent, lui-même devrait bénéficier du rabais pour absence de prestations.

Dans sa réponse du 8 juillet 1997, la défenderesse a conclu au rejet de la demande.

Les parties ont maintenu leurs conclusions respectives au cours de l'échange d'écritures ultérieur.

E n d r o i t :

Motifs: L'acte introductif d'instance a été déposé dans le délai de l'article 46 alinéa 1er LCA. Il satisfait de surcroît aux exigences de forme applicables, s'agissant d'une procédure simple, rapide et soumise à la maxime officielle (art. 47 al. 2 LSA; 55b LTA, par analogie).

Le Tribunal des assurances est compétent pour connaître du contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie (décret du Conseil d'État du 20 mai 1996 [FAO 1996 p. 1956]); il est en outre compétent *ratione loci*, vu le domicile vaudois de l'assuré (art. 28 al. 1er LSA, par renvoi de l'art. 46a LCA).

L'action du demandeur est ainsi recevable.

Dès lors, il doit être entré en matière sur le fond.

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 (Spira, *Le nouveau régime de l'assurance complémentaire*, Revue suisse d'assurances [RSA] 1995, pp. 192 ss; du même auteur, *Le contentieux de la nouvelle assurance-maladie*, Sécurité sociale 1995, pp. 256 ss, spéc. p. 258; Viret, *Assurances-maladie complémentaires et loi sur le contrat d'assurance*, Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, éd. IRAL, Lausanne 1997, pp. 669 s.; Maurer, *Das neue Krankenversicherungsrecht*, Bâle 1996, pp. 135 ss; Ritter, *Questions relatives aux assurances complémentaires à la LAMal*, RSA 1995, pp. 209 ss, spéc. ch. 2, pp. 211 s.).

Le litige porte sur l'application de l'article 8 chiffre 1er des CGA des "assurances individuelles et collectives des frais de guérison en complément à la LAMal" de la CSS Assurance. Cet article dispose ce qui suit:

"Chaque personne assurée bénéficie d'un rabais de primes si nous (réd.: la CSS) n'avons pas versé de prestations déterminantes pour le calcul du rabais pour absence de prestations. Est considérée comme période de référence la période allant de début septembre à fin août des trois dernières années consécutives."

Les conditions générales d'assurance, prévues par les articles 3 et 35 LCA, sont créatrices de droits et d'obligations pour les parties au rapport d'assurance pour autant qu'elles ne contreviennent pas à des règles impératives ou relativement impératives contenues dans la LCA (cf. les art. 97 et 98 LCA; Viret, op. cit., p. 673; Kuhn/Montavon, Droit des assurances privées, Lausanne 1994, pp. 65-67).

Il n'existe aucun motif de mettre en cause la licéité de la disposition contractuelle précitée.

En l'espèce, il n'est pas contesté que la défenderesse a servi ses prestations à raison de l'hospitalisation de décembre 1996, ce qui prive pro futuro le demandeur du rabais prévu par la disposition contractuelle précitée.

Le demandeur fait valoir que la hernie discale traitée lors des hospitalisations de 1993 et 1996 était en réalité d'origine accidentelle et que c'est, partant, l'assureur-accidents LAA qui aurait dû allouer ses prestations à raison du sinistre en cause. Ce point n'a cependant pas à être examiné ici. En effet, si le demandeur entend obtenir une prise en charge de l'opération de décembre 1996 par son assureur-accidents, il lui appartient de procéder auprès de celui-ci par les voies propres au droit des assurances sociales, notamment en demandant la reconsidération de décisions administratives passées en force. Ce n'est que lorsque la responsabilité de l'assureur LAA aura été reconnue qu'il pourra demander à la défenderesse de le mettre au bénéfice de la disposition contractuelle en cause. Quant à l'opération de 1992, elle est antérieure au champ d'application temporel de l'article 8 chiffre 1er précité des CGA de la défenderesse, soit du 1er septembre 1993 au 31 août 1996 dans le cas particulier, de l'aveu de la défenderesse.

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

La demande apparaissant d'emblée comme manifestement mal fondée, la cause est de la compétence du Président du Tribunal des assurances statuant comme juge unique (art. 10 LTA, par analogie).

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

La demande est rejetée.

Le président :

Le greffier :

Du 8 DEC 1997

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).