

Faits: S. Z. était assurée auprès de la caisse jusqu'au 31 décembre 1995 au titre de l'assurance dite "de base" des frais médico-pharmaceutiques d'après la LAMA, à laquelle a succédé, au 1er janvier 1996, l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal; depuis cette même date, elle était également, selon le rôle de l'assureur, affiliée au titre d'une assurance d'indemnités journalières complémentaire (SALARIA) et de diverses autres couvertures complémentaires (SANA, CURA et TOP).

Par décision du 3 avril 1997, Helsana a attribué l'assurée à son groupe d'âge effectif (classe 84) pour l'assurance complémentaire TOP, confirmé le sociétariat dans l'assurance complémentaire CURA et accepté la résiliation rétroactive au 1er janvier 1996 de l'assurance d'indemnités journalières SALARIA, ainsi que de l'assurance complémentaire SANA.

Le 5 avril 1997, l'assurée a formé opposition partielle à dite décision; elle renonçait expressément à contester la résiliation rétroactive de l'assurance d'indemnité journalière SALARIA, mais non la résiliation des assurances complémentaires SANA et TOP; en outre, elle contestait son attribution au groupe d'âge effectif 84 pour ces deux assurances, ainsi que pour l'assurance complémentaire CURA; enfin, elle critiquait le calcul des primes de ces trois couvertures selon cette attribution.

Par décision sur opposition du 4 août 1997, Helsana a rejeté l'opposition et, pour l'essentiel, confirmé l'attribution de l'assurée au groupe d'âge effectif 84 pour les trois assurances complémentaires.

C'est contre cette décision sur opposition que S. Z., représentée par son fils, R. Z., a déclaré recourir par acte mis à la poste le 4 septembre 1997. Elle a pris les conclusions suivantes :

"Annuler la décision sur opposition rendue par Helsana le 4 août 1997;

inviter l'intimée à modifier son mode de calcul des primes des assurances complémentaires pour 1996; préciser si Helsana a le droit, en 1997, de passer à un système de couverture des besoins adapté au risque (primes selon l'âge réel des assurés), alors qu'elle l'a fait pour ses anciens assurés".

Elle a fait valoir que le mode de fixation des primes des assurances complémentaires SANA, CURA et TOP dès le 1er janvier 1996 contrevient à la garantie des droits acquis instituée par l'article 102 alinéa 2 LAMal, sachant que ces redevances ont été déterminées en fonction de son âge réel (groupe 84), selon le système dit de couverture des besoins (soit en fonction du risque effectif), alors qu'elles l'aurait dû l'être selon son âge lors de l'affiliation (groupe 35).

Dans sa réponse du 31 octobre 1997, la caisse a conclu au rejet des conclusions de l'assurée, l'acte introductif d'instance étant tenu pour un recours. Confirmant les motifs de sa décision sur opposition, elle fait valoir notamment que la garantie des droits acquis institué par l'article 102 alinéa 2 LAMal ne concerne que les prestations pour soins, à l'exclusion de la classification de l'assuré dans le tarif de primes; dès lors, elle serait, dans le cas particulier, fondée à prélever une prime en adéquation avec le risque effectif présenté par l'assurée au regard de son âge (84 ans). Au surplus, ses tarifs ont été approuvés par l'Office fédéral des assurances privées.

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

Motifs: Interjeté le 4 septembre 1997 contre une décision sur opposition datée du 4 août précédent, le recours a été déposé dans le délai légal de trente jours dès la notification de l'acte administratif contesté (art. 86 al. 1er LAMal); pour les motifs ci-dessous, ceci n'implique toutefois pas, ipso jure, qu'il soit recevable en la forme.

En effet, le litige subsistant entre l'assurée et Helsana ne porte que sur son attribution dans le groupe d'âge 84 pour les assurances complémentaires SANA, CURA et TOP, avec suite de primes pour ces couvertures calculées selon le groupe d'âge effectif. L'assurance d'indemnités journalières complémentaire (l'assurée ayant dépassé la limite d'âge de 65 ans prévue par l'article 67 al. 1er LAMal pour la souscription d'une telle couverture régie par l'assurance sociale) n'est plus en cause; l'assurance obligatoire des soins d'après cette même loi ne l'a jamais été.

Les assurances complémentaires pratiquées par les caisses selon l'article 12 alinéa 2 LAMal sont 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; Spira, *Le nouveau régime de l'assurance complémentaire*, Revue suisse d'assurances [RSA] 1995, pp. 192 ss, spéc. ch. 5, p. 198; 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., spéc. pp. 685 ss; 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 et 3, pp. 211 ss).

Aux termes de l'article 102 alinéa 2 LAMal, les dispositions des caisses relatives aux prestations pour soins excédant le catalogue selon l'article 34 alinéa 1er LAMal (prestations statutaires, assurances complémentaires) doivent être adaptées au nouveau droit dans le délai d'une année dès l'entrée en vigueur de la loi; les droits et les obligations des assurés sont régis par l'ancien droit tant que l'adaptation n'est pas effectuée (1ère et 2e phrases).

Cette disposition ne vise toutefois que le droit matériel, et encore seulement en tant qu'il concerne les prestations pour soins. Elle ne s'applique pas au contentieux. Celui-ci n'est donc plus fondé sur la voie du recours dirigé contre une décision (Spira, op. cit., ibid.; Viret, op. cit., ibid.; Maurer, op. cit., ibid.; Ritter, op. cit., ibid.).

Dans le cas particulier, les trois assurances complémentaires étaient soumises à la LAMA, jusqu'au 31 décembre 1995 s'agissant des couvertures TOP et SANA, et jusqu'au 31 décembre 1996 pour ce qui est de la couverture CURA. Depuis, elles ont été adaptées au nouveau droit. Elles sont dès lors soumises exclusivement à la LCA en ce qui concerne le droit de fond, la procédure étant régie par les cantons conformément aux règles minimales de l'article 47 alinéas 2 et 3 LSA. Ces principes s'appliquent lorsque, comme en l'espèce, les questions litigieuses sont celles de la garantie de l'étendue de la couverture d'assurance et de la classification dans le tarif des primes. Dans le contentieux relatif à ces questions, qui relève du droit privé, il y aura lieu d'examiner si une des parties peut, outre les règles de la LCA, se prévaloir de l'article 102 alinéa 2 in fine LAMal; en revanche, la procédure de droit administratif instituée par la LAMal ne saurait être applicable.

Partant, il y a lieu de constater d'office la nullité de la décision attaquée et, partant, de déclarer le recours irrecevable. Cela étant, il doit néanmoins être déterminé si le principe d'économie de la procédure commande d'entrer en matière en tenant d'office l'acte introductif d'instance pour une demande.

Comme déjà relevé, le Tribunal des assurances est l'autorité judiciaire compétente pour connaître des litiges relatifs aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de l'article 47 alinéa 2 LSA (décret précité du Grand conseil).

A teneur de la disposition légale précitée, les cantons prévoient une procédure simple et rapide, dans laquelle le juge établit d'office les faits et apprécie librement les preuves.

Dans le cas d'espèce, l'acte introductif d'instance ne peut être considéré comme une demande recevable, pour les motifs suivants:

- La demande devrait être assimilée à une demande en constatation de droit; or, si le droit fédéral connaît l'institution de l'action en constatation de droit, il a soumis son admission d'une part à la condition d'un intérêt digne de protection du demandeur et, d'autre part, à celle de la subsidiarité (Habscheid, Schweizerisches Zivilprozess- und Gerichtsorganisationsrecht. Ein Lehrbuch seiner Grundlagen, 2e éd., 1990, pp. 198 s. et 224 s.). L'action en constatation présuppose, pour le demandeur, un intérêt digne de protection à une constatation immédiate;

un intérêt de fait suffit, mais doit être majeur (ATF 110 II 352, JT 1985 I 354). La condition de la subsidiarité signifie que le demandeur ne puisse faire valoir ses prétentions par une action en exécution.

- En l'état, la demanderesse ne peut justifier d'un intérêt digne de protection actuel, en l'absence de toute procédure de poursuite relative à ses primes; en outre les parties disposent, si une poursuite est intentée, de voies de droit propres (action en reconnaissance de dette, respectivement en libération de dette), de nature à sauvegarder leurs prétentions. Cas échéant, il appartiendra aux parties de faire usage des voies de droit idoines en temps voulu devant le tribunal de céans.

Certes, le tribunal de céans est entré en matière sur des actions en constatation concernant les assurances complémentaires à la LAMal; il s'agissait de litiges relevant de la période transitoire instituée par l'article 102 alinéa 2 LAMal, pendant laquelle la notion d'économie de la procédure devait être interprétée largement tant pour le bénéfice des assurés que des assureurs, puisque le fond des rapports entre parties relevait encore de la LAMA; au surplus, chaque cas d'espèce présente des particularités qui lui sont propres. Or, in casu, les rapports de droit litigieux sont entièrement postérieurs au 31 décembre 1996; toutes les couvertures complémentaires de la caisse étant, conformément à l'article 102 alinéa 2 LAMal, soumises à la LCA dès le 1er janvier 1997, le droit privé trouve à s'appliquer strictement.

Au vu de ce qui précède, tant le recours dirigé contre la décision sur opposition du 4 août 1997 que la demande doivent être déclarés irrecevables; la nullité de dite décision est constatée d'office.

La cause apparaissant d'emblée comme manifestement mal fondé, elle a été tranchée par le Juge instructeur statuant comme juge unique (art. 10 LTA).

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

- I. Le recours est irrecevable.
- II. La nullité de la décision attaquée est constatée d'office.
- III. La demande est irrecevable.

Du 3 FEV 1998

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).