

Tribunal cantonal du canton de Vaud, 12 janvier 1998,  
S.-P. c. «La Suisse» Assurances, Lausanne

**Faits:** P. S.-P. est assuré contre la perte de gain en cas de maladie auprès de "La Suisse" Assurances au titre d'un contrat d'assurance-maladie collective conclu par son employeur. Les prestations prévues consistent en des indemnités journalières correspondant à 80 % du salaire, payables dès le 31<sup>ème</sup> jour d'incapacité de gain pendant 720 jours. Les conditions générales d'assurance annexées au contrat précisent que celui-ci est soumis à la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA).

Atteint dans sa santé, P. S.-P. a subi une incapacité de travail de 100 % à partir du 23 octobre 1995. L'assureur a versé ses prestations jusqu'au 30 juin 1997. Il y a mis fin à cette date, au motif que les organes de l'assurance-invalidité (AI) n'avaient retenu qu'une diminution de rendement de 10 à 15 % au maximum.

Par acte mis à la poste le 20 novembre 1997 à l'adresse du Tribunal des assurances, P. S.-P., représenté par la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, a conclu à ce que "La Suisse" Assurances soit tenue de servir les indemnités journalières contractuelles jusqu'à épuisement des 720 jours.

Dans sa réponse du 15 décembre 1997, "La Suisse" Assurances a conclu principalement à l'irrecevabilité de la demande, subsidiairement à son rejet.

Le demandeur n'a pas été invité à procéder plus avant.

**Motifs:** Les assurances complémentaires au sens de 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 déjà mentionnée, 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).

En l'espèce, l'acte introductif d'instance est une demande. La compétence du tribunal de céans doit être examinée d'office. Sa compétence *ratione loci* découle du siège vaudois de la défenderesse, le preneur et l'ayant droit ayant la faculté de porter tout litige, soit devant le juge du for de leur domicile en Suisse, soit devant les tribunaux civils de Lausanne, conformément aux conditions générales applicables au contrat et à l'article 28 alinéa 1<sup>er</sup> LSA, par renvoi de l'article 46a LCA.

Quant à la compétence *ratione materiae* du Tribunal des assurances, la demande-resse considère que, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1996, l'assurance perte de gain en cas de maladie doit, selon les articles 47 alinéa 1<sup>er</sup> LSA et 12 alinéa 2 LAMal, être considérée comme une assurance complémentaire à l'assurance-maladie. Elle se fonde pour cela sur l'argumentation développée par J.-M. A. dans une publication récente (L'assurance collective perte de gain

en cas de maladie avant l'entrée en vigueur de la LAMal et après, Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, pp. 569 ss, spéc. P. 582).

Cette argumentation peut se résumer comme il suit:

Avant l'entrée en vigueur de la LAMal, les caisses-maladie ne pouvaient pratiquer l'assurance-maladie qu'au sens de la LAMA et les compagnies privées qu'au sens de la LCA. Les tribunaux compétents étaient les tribunaux des assurances en cas de litige avec une caisse-maladie, les tribunaux civils en cas de litige avec une assurance privée. Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, des assureurs privés peuvent pratiquer l'assurance de soins selon la LAMal et des caisses-maladie peuvent, pour les assurances complémentaires à l'assurance des soins selon la LAMal, passer des contrats régis par la LCA. Les caisses-maladie qui pratiquent l'assurance facultative d'une indemnité journalière selon les articles 67 à 77 LAMal n'assurent en général pas plus de 30 fr. par jour à ce titre; pour la perte de gain dépassant ce montant, elles offrent une assurance perte de gain soumise à la LCA. De ce fait, toujours selon l'auteur, "les problèmes d'assurance perte de gain auxquels les assurés d'une compagnie privée étaient confrontés sont devenus depuis l'entrée en vigueur de la LAMal les problèmes de presque tous les assurés" (op. cit., p. 573). Partant, les litiges relatifs à l'assurance collective perte de gain seraient devenus, pour ces mêmes assurés, des litiges de droit privé du ressort des tribunaux civils (op. cit., p. 579). L'auteur considère toutefois que la notion d'assurance complémentaire consacrée par l'article 47 alinéa 2 LSA est identique à celle qui découle de l'article 12 alinéa 2 LAMal et qu'elle englobe l'assurance collective perte de gain; il en résulte, selon lui, que, pour tous les litiges qui opposent, en matière d'assurance pour perte de gain en cas de maladie, les assurés à un assureur (caisse-maladie ou compagnie privée), c'est l'article 47 alinéa 2 LSA qui s'applique (op. cit., p. 582). Il s'ensuit, encore d'après l'auteur, que les assurés d'une assurance collective perte de gain en cas de maladie se retrouvent, pour ce qui est de l'accès à la justice civile de première instance, dans une situation comparable à celle qui aurait été la leur dans le cadre de l'assurance sociale, certains cantons ayant même désigné en qualité de juge compétent au sens de l'article 47 alinéa 2 LSA la juridiction qui, dans le canton, est compétente en matière d'assurances sociales (op. cit., p. 583).

D'après sa lettre, l'article 12 LAMal fixe le champ d'activité des caisses-maladie. Les "assurances complémentaires" mentionnées à son deuxième alinéa sont celles pratiquées par les caisses-maladie. Il n'est pas sans intérêt de relever que le projet de LAMal définissait, à son article 9 lettre b, les assurances complémentaires comme "des assurances garantissant des prestations analogues à celles de l'assurance-maladie sociale" et que le message du Conseil fédéral expliquait qu'il s'agissait avant tout du séjour hospitalier en division privée ou semi-privée (Message, FF 1992 I p. 127; tiré à part, p. 51). On peut donc se demander si un litige relatif à un complément de couverture assuré par un assureur LAMal autre qu'une caisse-maladie serait de la compétence du Tribunal des assurances. Cette question peut toutefois rester ouverte en l'espèce, étant cependant relevé qu'une interprétation littérale de l'article 47 alinéa 2 LSA semblerait limiter l'application des règles de procédure prévues par cette disposition aux seuls litiges impliquant des caisses-maladie reconnues au sens de l'article 12 alinéa 1er LAMal; une autre solution ne pourrait, cas échéant, résulter que d'une interprétation systématique ou téléologique.

Dans le cas particulier, l'assurance pour perte de gain qui couvre le recourant n'a pas été conclue avec une caisse-maladie, ni avec un autre assureur pratiquant l'assurance-maladie sociale. Elle ne constitue pas davantage une couverture complémentaire à une assurance d'indemnités journalières conclue avec une caisse-maladie selon les articles 67 à 77 LAMal. Il s'agit bien plutôt d'une assurance distincte, soumise à la LCA, couvrant la perte de gain dès le premier franc. Cette couverture ne peut donc en aucune façon être qualifiée d'assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale. En d'autres termes, une telle couverture est une assurance purement privée. Partant, le litige ressortit aux tribunaux civils.

Il y a lieu dès lors de décliner d'office la compétence du Tribunal des assurances et de transmettre la demande au juge civil. Il reste encore à déterminer la juridiction compétente *ratione valoris*.

A cet égard, le demandeur gagnait plus de 50'000 francs par an; les indemnités journalières afférentes à un tel revenu représentent donc plus de 40'000 fr. par an. Les indemnités qui pourraient être dues pour la période du 1er juillet 1997 à l'épuisement du droit aux prestations, soit durant trois à quatre mois, dépassent 8'000 francs.

La cause doit ainsi être transmise à la Cour civile du Tribunal cantonal, autorité judiciaire compétente, en principe, pour connaître des procès dont la valeur litigieuse est de 8'000 fr. ou plus (art. 74 OJV, lequel renvoie à l'art. 46 OJF).

La cause doit être rayée du rôle.

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

I. Il n'est pas entré en matière sur la demande.

II. Le dossier est transmis à la Cour civile du Tribunal cantonal comme objet de sa compétence.

III. La cause est rayée du rôle.

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).