

Tribunal cantonal du canton de Vaud, 22 mars 2000,
V. c. La Caisse Vaudoise, Caisse cantonale vaudoise d'assurance
en cas de maladie et d'accidents, Lausanne

Faits: C. V. était, au 1er janvier 1999, assurée auprès de la Caisse vaudoise pour l'assurance obligatoire des soins et des indemnités journalières selon la LAMal et pour les assurances complémentaires HC et RS selon 1a LCA.

Le 23 février 1999, elle a écrit à la caisse qu'elle quittait la Suisse pour une durée indéterminée dès le 1er mars suivant. Le 19 mars 1999, la caisse lui a confirmé qu'elle résilierait son contrat au 31 mars suivant, après avoir fait procéder à une recherche d'adresse par le contrôle des habitants de son domicile. Il est constant que dame V. a séjourné à l'étranger, à des fins de formation professionnelle, du 1er avril au 1er juillet 1999.

Aussi bien, le 23 août 1999, la Commune de C. a-t-elle attesté l'inscription de l'intéressée en résidence principale à partir du 1er juillet précédent. Le 21 septembre 1999, dame V. a rempli une proposition pour l'assurance obligatoire des soins au sens de LAMal et diverses assurances complémentaires au sens de la LCA (RS 2 et hospitalisation groupe 1).

Le 18 octobre 1999, l'assureur a refusé l'adhésion de la candidate aux assurances complémentaires. L'intéressée a demandé à la caisse par lettre du 25 octobre 1999 de revoir sa position, ce que cette dernière a décliné par courrier du 8 novembre 1999.

Par demande déposée le 15 novembre 1999, C. V. a conclu à ce qu'elle soit admise à recouvrer au 1er juillet 1999, sa précédente couverture selon la LAMal et les polices complémentaires antérieurement souscrites et à ce que le traitement ambulatoire à l'hôpital de P. pour un accident survenu le 1er septembre 1999 soit couvert par la Caisse vaudoise.

Dans sa réponse, la Caisse vaudoise a conclu au rejet de la demande et à ce qu'il soit constaté qu'elle est en droit de refuser d'affilier l'intéressée pour les assurances complémentaires RS2 et HC1. L'assureur n'a déposé aucune détermination concernant l'assurance sociale.

L'échange d'écritures ultérieur n'a pas apporté d'éléments nouveaux déterminants.

Motifs: Les présent litige ne concerne pas l'assurance-maladie sociale. L'écriture de la caisse du 8 novembre 1999, confirmant sa position exprimée antérieurement, ne traite que du refus d'affilier la candidate pour les couvertures complémentaires sollicitées. Conformément à l'ordre légal (cf. ci-dessous), il ne revêt pas la forme d'une décision formelle. Il suffit, concernant l'assurance sociale, de donner acte à la demanderesse de ce que la caisse l'assure au titre de la couverture légal à compter du 1er juillet 1999. La prise en charge des coûts de l'accident encouru par l'intéressée le 1er septembre suivant ne fait pas l'objet du présent litige. L'assurée est en droit de requérir une décision formelle de son assureur à cet égard si un désaccord devait surgir entre parties sur ce point.

Abstraction faite du régime transitoire de l'article 102 alinéa 2 LAMal (cf. ci-dessous), les assurances complémentaires 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; ATF 124 III 44, JT 1998 I 377, RAMA 1998, KV 35 p. 290; ATF 123 V 324, c. 3a, RAMA 1998, KV 22 p. 49; 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, dans: Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, éd. IRAL, Lausanne 1997, pp. 669 s., spéc. pp. 685-687; 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).

Toutefois, 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).

Dans un arrêt du 6 mars 1998 (ATF 124 V 134, RAMA 1998, KV 31 p. 255), le Tribunal fédéral des assurances a statué que les assurances complémentaires restaient, quant au fond, soumises à la LAMA jusqu'au 31 décembre 1996 si la caisse faisait usage du délai transitoire d'une année institué par l'article 102 alinéa 2 LAMal.

Le nouveau droit est applicable à la présente cause, tant sur le fond que pour le contentieux.

En principe, la durée de l'assurance est déterminée par la volonté commune et concordante des parties, de sorte qu'il y a lieu, à cet égard, de se reporter au contrat (Viret, op. cit., p. 675). A la suite du départ de la demanderesse pour l'étranger, le contrat a été dénoncé et a pris fin le 31 mars 1999, soit à la fin de mois qui a suivi le transfert du domicile à l'étranger, comme le prévoit le chiffre 3.2 des CGA de la défenderesse applicables aux assurances-maladie complémentaires. Certes, d'après cette clause, la possibilité d'une suspension reste réservée, mais les parties n'ont pas envisagé de suspendre le contrat. Ce dernier a donc pris fin à la date indiquée ci-dessus.

Le contrat d'assurance est conclu par l'acceptation de la proposition d'assurance par l'assureur dans le délai légal ou le délai plus court fixé par le proposant (Viret, Droit des assurances privées, 2e éd., Zurich 1985, p. 79).

A la différence de la couverture des soins de l'assurance-maladie sociale, les assurances-maladie complémentaires ne sont pas obligatoires; elles relèvent, avec les restrictions propres au droit du contrat d'assurance régi par la LCA, du principe de la liberté contractuelle, qui implique la liberté de contracter ou de ne pas contracter (Viret, Recueil de travaux, op. cit., p. 671).

En l'espèce, après examen de la proposition d'assurance remplie par la demanderesse, la défenderesse a décidé de ne pas l'accepter, ce qu'elle était en droit de faire (ibid.).

En réplique, la demanderesse a fait valoir qu'il y a eu suspension temporaire du contrat conclu avant son départ de Suisse. Toutefois, aucun élément de la correspondance échangée entre les parties ne permet de déduire que celles-ci ont envisagé de suspendre le contrat. Dans sa lettre du 23 février 1999, la demanderesse écrivait bien plutôt ce qui suit:

"N'ayant plus mes papiers en Suisse, le contrat d'assurance que j'ai chez vous s'annulera dès mon départ de Suisse". Il est donc hors de doute que la demanderesse ne souhaitait pas suspendre le contrat d'assurance, mais bien le résilier.

Au vu de ce qui précède, la demande doit être

Par ces motifs,
le 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:

a. 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;

b. 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;

c. 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;

d. 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;

e. 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).