

Tribunal canton du canton de Vaud, 18 mai 2000,
G. c. Caisse-Maladie Assura, Pully

Faits: M. G., née en 1952, est assurée auprès de la Caisse-maladie Assura (ci-après: la caisse) au titre de l'assurance obligatoire des soins et d'une assurance complémentaire.

En 1999, sa couverture d'assurance comprenait l'assurance des soins selon la LAMal, avec franchise annuelle de 400 fr. (230 fr. dès le 1er avril) et la couverture complémentaire "Complementa Plus", des soins spéciaux élargis.

L'assurée a effectué une cure thermale à I. de al T., en Espagne, du 30 juillet au 13 août 1999. Le Docteur L.-F. D., médecin traitant de l'intéressée, a, le 30 août suivant, donné une indication rétroactive à cette cure; il a confirmé cet avis par lettre adressée à la caisse le 28 septembre 1999. Il est constant que l'intéressée n'a pas annoncé à l'assureur la cure prévue avant le début des soins et que le coût des soins s'est élevé à 1'070 francs.

Après des échanges de correspondances, l'assureur a, par avis du 3 février 2000, refusé toute prestation à raison de la cure thermale au titre de la couverture complémentaire.

M. G. a saisi le tribunal de céans par demande déposée le 9 février 2000, concluant implicitement à l'octroi de toutes prestations contractuelles. Elle fait valoir, en substance, que les frais de la cure ont été moins élevés que si des soins similaires avaient été prodigués en Suisse.

Dans sa réponse du 8 mars 2000, la caisse a conclu au rejet de la demande, en se référant aux motifs de la décision entreprise. Elle indique que, la condition de l'urgence n'étant pas réalisée, les soins prodigués à l'étranger ne peuvent être pris en charge; on ne saurait au surplus lui faire grief de ne pas avoir averti l'assurée des conséquences du choix du lieu du traitement, puisque l'intéressée n'a pas pris la peine de l'avertir avant d'effectuer la cure.

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

Motifs: Les assurances complémentaires à l'assurance-maladie 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 confié leur contentieux au Tribunal des assurances (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).

Dans le silence du Décret et par une application analogique de la loi du 2 décembre 1959 sur le Tribunal des assurances (LTA; RSV 2.2), les écritures des parties, ainsi que leurs conclusions, doivent être considérées comme respectant les exigences de forme fixées par le législateur pour les procédures simples et rapides, dans laquelle le juge établit d'office les faits et apprécie librement les preuves (art. 47 LSA), telles que dégagées par la jurisprudence en matière d'assurances sociales.

La demande est recevable.

La défenderesse a, le 3 février 2000 également, rendu une décision sur opposition portant exclusivement sur l'assurance obligatoire des soins. Ces rapports de droit font l'objet d'un autre jugement entre parties, rendu ce jour par l'autorité de céans. Seules sont ici en cause les prestations de l'assurance complémentaire, qui sont soumises à la LCA.

Selon le chiffre 5.3, principio, des conditions générales applicables à l'assurance complémentaire Complementa Plus souscrite par la demanderesse, les cures balnéaires effectuées à l'étranger ne sont prises en charge que dans la mesure où un tel traitement ne peut être dispensé en Suisse.

Une cure thermale dépourvue de tout caractère particulier, comme l'est celle dont la prise en charge est litigieuse, ne peut, par nature, tomber sous le coup de la disposition contractuelle précitée. En effet, le traitement suivi en Espagne consistait en de la balnéothérapie ambulatoire, de la physiothérapie lombaire, des exercices en piscine et de la tonification abdominale. Il est manifeste qu'un tel traitement pouvait parfaitement être effectué en Suisse.

Enfin, sous l'angle de la protection de la bonne foi, l'assurée ne saurait reprocher à la caisse de ne pas l'avoir informée des restrictions concernant la prise en charge de la cure balnéaire projetée, dès lors qu'elle n'a pas annoncé à la caisse son intention de suivre une cure.

Au vu de ce qui précède, les conclusions de la demande doivent être rejetées.

La valeur litigieuse étant inférieure à 8'000 francs, la cause a été tranchée par le Président du Tribunal des assurances statuant comme juge unique (art. 11 LTA).

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

Les conclusions de la demande sont rejetées.

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.

Si, d'après leurs conclusions, les droits contestés en première instance n'atteignent pas une valeur de 8'000 fr., les parties peuvent recourir au Tribunal cantonal dans un délai de dix jours dès la notification du présent jugement, en déposant, au greffe du Tribunal cantonal des assurances, Route du Signal 8, 1014 Lausanne, un acte de recours en deux exemplaires désignant le Jugement attaqué et contenant leurs conclusions en réforme, éventuellement en nullité ou, à défaut, en indiquant sur quels points le jugement est attaqué et quelle est la modification demandée.

Si, d'après leurs conclusions, les droits contestés en instance cantonale atteignent une valeur d'au moins 8'000 francs, il est loisible aux parties 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 greffe du 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).

Le jugement est également communiqué à l'Office fédéral des assurances privées (art. 47 al. 4 LSA).