

Tribunal cantonal du canton de Vaud, 29 mai 2000,
M. c. Caisse-Maladie KBV, Bienne

Faits: C. M., née le 29 septembre 1972, est assurée auprès de la Caisse-maladie KBV (ci-après: la caisse) pour l'assurance obligatoire des soins et diverses assurances complémentaires.

En 1997, sa couverture d'assurance comprenait l'assurance des soins selon la LAMal, couverture d'accidents incluse, avec franchise annuelle de 300 fr., une assurance complémentaire des soins ("Top Ambulatoire"), l'assurance des frais hospitaliers et une assurance décès/invalidité en cas d'accident. La franchise à option a passé à 400 fr. au 1er janvier 1998.

Durant l'année 1998, les parties ont échangé diverses correspondances, relatives aux cotisations et primes dues dès le 1er janvier 1998. Dans une lettre du 15 janvier 1998, que la caisse conteste avoir reçue, la demanderesse a déclaré qu'elle n'était pas en mesure de payer les montants réclamés et n'avoir été avisée des nouvelles primes que par un bulletin de versement reçu le 8 décembre 1997, lui réclamant paiement de 366 fr. 40. Le 18 mai 1998, elle a déclaré qu'étant au chômage, elle était dans l'impossibilité de verser les primes demandées; elle sollicitait un entretien. Le 18 juin 1998, la caisse lui a rappelé que les certificats d'assurance avaient été envoyés en octobre 1997, les factures de primes pour janvier 1998 en décembre 1997 et que toute modification d'assurance pouvait se faire jusqu'à la fin 1997.

Le 11 septembre 1998, la caisse a indiqué, en substance, que la résiliation de l'assurance complémentaire souhaitée prendrait effet au 1er janvier 1999 (fin d'une année civile après préavis de trois mois). L'assureur signalait en outre avoir mis fin au service des prestations des assurances complémentaires, pour cause de non paiement des primes.

Dans une lettre du 16 septembre 1998, l'assurée a déclaré qu'elle s'opposait aux rappels adressés, ainsi qu'à toute suspension ou suppression d'assurance; elle demandait le maintien de toutes les garanties d'assurance existantes.

Par commandement de payer no .., notifié le 28 octobre 1998 par l'Office des poursuites de M., la caisse a réclamé à C. M. paiement de la somme de 2'931 fr. 20, représentant les cotisations LAMal et les primes LCA dues à la caisse de janvier à août 1998, avec intérêts à 6 % dès le 22 mars 1998, plus 70 fr. de frais de rappel et en sus des frais du commandement de payer, par 70 fr., ainsi que des frais d'encaissement, par 15 francs.

Par avis du 4 décembre 1998, la caisse a fait savoir, en ce qui concerne la résiliation des assurances complémentaires demandée par lettre du 3 septembre 1998, puis annulée par lettre du 6 novembre 1998, que celles-ci ont cessé de déployer leurs effets en raison du non-paiement des primes.

Le 1er janvier 1999, la caisse a adressé à l'assurée une attestation d'assurance valable dès le 1er janvier 1999, indiquant, pour l'assurance obligatoire, une franchise annuelle de 1'500 francs et accordant la couverture d'assurance subsidiaire; au surplus, toutes les assurances complémentaires existantes au 1er janvier 1997 étaient maintenues.

C. M. a saisi le Tribunal des assurances par acte mis à la poste le 9 mars 1999, concernant aussi bien l'assurance sociale que les couvertures complémentaires. Quant à ces dernières, elle a conclu implicitement au maintien des couvertures complémentaires. Elle fait valoir, en substance, qu'elle a demandé, le 3 septembre 1998, soit dans les délais après avoir reçu les documents requis, les modifications des couvertures LAMal et LCA et que des atermoiements de l'assureur sont à l'origine du retard dans le paiement des primes.

Dans sa réponse du 24 mars 1999, la caisse a sans autre conclu au rejet de la demande, en se référant aux motifs de sa correspondance du 4 décembre 1998.

Le 31 mai 1999, C. M. a déposé un acte concernant spécifiquement les assurances complémentaires. Elle demandait expressément le maintien de sa couverture, sans interruption ni réserve, du 1er janvier 1998 au 31 décembre 1999 et l'établissement d'un bordereau des primes de l'année 1998, qu'elle s'engageait à honorer dans un délai de 30 jours.

La défenderesse a maintenu ses conclusions au cours de l'échange d'écritures ultérieur. A l'appui de ses conclusions en rejet de la demande, elle a, par mémoire du 20 août 1999, fait valoir qu'elle est en droit, conformément à ses CGA et à l'article 20 LCA, de suspendre le droit aux assurances complémentaires tant que l'arriéré des primes n'est pas versé. Reconventionnellement, elle demandait la mainlevée de l'opposition à hauteur de 531 francs.

Le 20 août 1999, la caisse a établi deux décomptes séparés concernant, l'un, les prestations dues au titre de la LAMal et, l'autre, les assurances complémentaires. Le montant litigieux concernant ces dernières couvertures s'élève à 507 francs 20 de primes (8 mois à 63 fr. 40) plus les frais de commandement de payer et de sommation par deux fois 11 fr. 90 au prorata des frais totaux, soit un total de 531 francs.

Motifs: Abstraction faite du régime transitoire de l'article 102 alinéa 2 LAMal, qui n'est pas en cause ici, 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; 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).

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.

L'article 47 alinéa 2 LSA prévoit une procédure simple et rapide, dans laquelle le juge instruit d'office les faits et apprécie librement les preuves. Les litiges du droit du travail dont la valeur litigieuse ne dépasse par 20'000 fr. (art. 343 al. 2 et 4 CO), ainsi que de baux d'habitation et de locaux commerciaux (art. 274 d CO) connaissent les mêmes règles (Ritter, op. cit., p. 213, n. 39 et 40).

En l'espèce, bien qu'elle n'ait pas payé les cotisations pour les AMC de la période ici en cause, la demanderesse ne conteste pas leur montant, à juste titre, d'ailleurs, puisque les primes pour ces assurances sont restées inchangées en 1998 par rapport à 1997.

A lire les conclusions de la demande (incluses implicitement dans le recours portant sur l'assurance sociale et précisées le 31 mai 1997), l'assurée requiert le maintien des prestations dues en vertu des AMC souscrites, sans interruption ni réserve, du 1er janvier 1998 au 31 décembre 1999.

La demanderesse conteste ainsi, en fait, bien plutôt la volonté de la caisse de ne pas lui accorder les prestations des AMC tant qu'elle aura un arriéré de primes.

Les conclusions de la demanderesse sont ainsi en constatation de droit. Elles ne sont recevables en principe que si le demandeur a un intérêt de fait ou de droit digne de protection à la constatation immédiate de son droit. Cet intérêt fait en principe défaut lorsque le demandeur dispose d'une action condamnatoire (ATF 114 II 253, JT 1989 I 333).

La demanderesse ne réclame pas à la caisse versement de prestations qu'elle lui aurait déniées. Elle ne fait pas davantage valoir que la caisse aurait refusé de lui rembourser une facture déterminée. Elle ne fait pas non plus valoir qu'elle a suivi ou qu'elle s'apprête à subir des traitements mettant en cause les AMC pour lesquelles elle prétendrait aux prestations de la caisse. Ses conclusions ne pouvaient être ainsi formulées en la forme condamnatoire.

Il convient ainsi d'examiner si la demanderesse peut se prévaloir d'un intérêt de fait ou de droit digne de protection à la constatation immédiate de son droit.

Force est dès lors de constater que la demanderesse n'a pas établi qu'elle avait un intérêt concret à la constatation immédiate de son droit au versement des prestations des AMC souscrites.

Ses conclusions en constatation sont ainsi irrecevables au plan matériel. Quoi qu'il en soit, même si elle avait été recevable, la demande aurait dû être rejetée quant au fond, conformément à la jurisprudence constante ci-dessous.

En effet, les assureurs sont en droit de suspendre leurs prestations en cas de non paiement des primes conformément à l'article 20 LCA, ainsi que le précise l'article 19 chiffre 4 des conditions générales de la défenderesse applicables aux assurances complémentaires (cf. sous l'empire de la LAMA, TFA, Christian, M., du 12 février 1998, ad TAss VD du 19 juillet 1996, AM 216/95-22/1997).

En procédure, la caisse a chiffré ses conclusions concernant les AMC à 531 fr., y compris les frais de rappels et les frais administratifs.

La perception des frais administratifs, soit de rappel et de mise en demeure, arrêtés en l'espèce à 11 francs 90, est licite, vu l'article 41 alinéa 1er des statuts de la défenderesse.

Les frais du commandement de payer, également par 11 fr. 90 au titre des AMC (au prorata des montants en poursuite afférents à chacune des deux types d'assurances en cause), suivent le sort de la poursuite, dont ils constituent l'annexe (cf. l'art. 68 LP [inchangé par la dernière modification de la LP]; voir notamment JT 1974 II 95 s., avec note de P.-R. Gilliéron; JT 1979 II 127). La caisse poursuivante n'est ainsi pas autorisée à les mettre à la charge de l'assuré. En l'espèce, la caisse ne pouvait dès lors mettre à la charge de la demanderesse les frais du commandement de payer, dans leur proportion se rapportant aux redevances dues selon la LCA, au regard d'un total de 70 francs.

Les conclusions reconventionnelles de la défenderesse doivent dès lors être admises à hauteur de 519 francs 10, valeur échue.

En définitive, l'opposition formée au commandement de payer n° .. de l'Office des poursuites de M. doit être levée définitivement à concurrence de 519 fr. 10, sans intérêts.

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:

I. Les conclusions de la demanderesse C. M. sont rejetées pour autant qu'elles soient recevables.

II. Les conclusions reconventionnelles de la défenderesse Caisse-maladie KBV sont admises en ce sens que la demanderesse est débitrice de la défenderesse de la somme de 519 fr. 10 (cinq cent dix-neuf francs et dix centimes), valeur échue.

III. L'opposition formée par C. M. au commandement de payer no .. de l'Office des poursuites de M. est levée définitivement à concurrence de 519 fr. 10 (cinq cent dix-neuf francs et dix centimes).

IV. Toutes autres ou plus amples conclusions 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).