

Tribunal cantonal du canton de Vaud, 15 novembre 2000,  
K. c. Caisse-Maladie Supra, Lausanne

**Faits:** R. et E. K., nés les 5 octobre 1942 et 3 mars 1936, étaient affiliés à la Mutuelle Vaudoise pour l'assurance obligatoire des soins médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation, de même que pour diverses assurances complémentaires, au nombre desquelles figuraient l'assurance des frais d'hospitalisation en division privée MAXI PLUS.

A la suite de la restructuration de la caisse-maladie précitée, les demandeurs ont été assurés, dès 1997, auprès de la Supra.

Par acte du 24 novembre 1999, R. et E. K. ont saisi le Tribunal des assurances en concluant à la suppression de leur couverture d'assurance complémentaire en division privée, avec effet rétroactif au 1er janvier 1997 et à ce qu'il soit tenu compte des acomptes qu'ils ont notamment versé à ce titre.

En substance, les demandeurs exposent que lors de leur transfert auprès de la Supra, en 1997, ils ont requis, en raison de difficultés financières, la suppression des assurances-maladie complémentaires qu'ils avaient conclues en matière d'hospitalisation en division privée. La caisse a toutefois continué d'exiger d'eux le paiement des primes relatives à ces polices. R. et E. K. soutenaient que, selon l'usage, les polices d'assurance allant au-delà de l'assurance-maladie sociale devaient être considérées comme caduques six mois après le non-paiement de leurs primes.

Dans sa réponse du 17 février 2000, la Supra a conclu au rejet préjudiciel du recours dans la mesure où celui-ci, non dirigé à l'encontre d'une décision formelle ou d'un prononcé, était irrecevable.

En réplique, R. et E. K. ont établi un décompte des primes échues relatives à l'assurance obligatoire des soins, concernant la période du 31 décembre 1996 au 31 décembre 1999, lequel faisait état d'un solde de primes de 2'576 fr. 90 en faveur de la caisse.

Par duplique du 16 août 2000, l'intimée a fait, savoir à l'autorité de céans qu'elle avait pris note de la résiliation des polices des demandeurs, relatives à l'assurance complémentaire des frais d'hospitalisation en division privée MAXI PLUS, avec effet au 31 décembre 1999, à la suite du courrier qu'ils lui avaient adressé le 30 septembre précédent. La Supra soulignait que les primes relatives à ces polices pour la période antérieure au 31 décembre 1999 restaient toutefois dues.

A l'appui de son écriture, la Supra a produit des décomptes de primes échues, relatives aux assurances obligatoire et complémentaire, concernant R. et E. K., desquels il ressort que les prénommés lui devaient, pour la période de janvier 1994 à décembre 1999, des montants à hauteur de 16'231 fr. 45 pour la première et de 24'585 fr. 80 pour le second, valeur au 31 juillet 2000.

Des diverses pièces versées au dossier par les demandeurs, il ressort que, le 30 septembre 1999, ils ont invité la Supra à prendre note qu'ils résiliaient, avec effet immédiat, leur police d'assurance-maladie complémentaire des frais d'hospitalisation en division privée MAXI PLUS.

**Motifs:** Il convient dans un premier temps de déterminer si le litige opposant la caisse à ses assurés ressort de l'assurance-maladie sociale ou de l'assurance-maladie complémentaire, régie par la loi sur le contrat d'assurance (LCA), et, partant, d'examiner la recevabilité des conclusions prises par R. et E. K. dans leur écrit du 24 novembre 1999.

Depuis le 1er janvier 1996, les décisions formelles - au sens de l'article 80 LAMal - que rendent les caisses-maladie ne peuvent pas être directement attaquées devant le tribunal des assurances, mais doivent préalablement faire l'objet d'une opposition auprès des assureurs qui les ont notifiées (art. 85 al. 1er et 86 al. 1er LAMal).

Sauf disposition transitoire contraire, les nouvelles règles de procédure s'appliquent dès leur entrée en vigueur (ATF 113 la 412, spéc. p. 425; ATF 111 V 46, cons. 4; Grisel, *Traité de droit administratif*, 1984, vol. 1, pp. 152 ss, spéc. 155; Moor, *Droit administratif*, 1994, vol. 1, pp. 170 ss, spéc. p. 171). Dans la mesure où la LAMal ne contient aucune disposition transitoire relative au droit de procédure, ses règles idoines s'appliquent dès 1er janvier 1996 à toutes les procédures pendantes ou introduites dès cette date, même s'il s'agit, au fond, d'appliquer l'ancien droit (TAss VD Maria del R. B., du 10 mai 1996, n° AM 67/1996; lettre du TFA aux gouvernements cantonaux à l'intention des autorités judiciaires chargées d'appliquer le droit des assurances sociales, du 29 décembre 1995).

Ce régime n'est toutefois applicable qu'à l'assurance obligatoire: En vertu de l'article 12 alinéa 3 LAMal, les assurances complémentaires sont régies, depuis le 1er janvier 1996, par la LCA. Il en résulte que les caisses-maladie ne sont plus, dans ce domaine, des organes administratifs susceptibles de rendre des décisions au sens de l'article 5 de la loi fédérale sur la procédure administrative (TAss VD, Geoffroy G., du 23 mai 1996, n° AM 143/96), ce, même si les dispositions des caisses relatives à ces différentes formes de couverture n'ont pas encore été adaptées dans le délai d'une année (art. 102 al. 2 1ère phrase LAMal), seuls les droits et obligations des assurés étant régis par l'ancien droit tant que l'adaptation n'est pas effectuée (art. 102 al. 2 2ème phrase LAMal).

En conséquence, c'est par la voie de l'action - et non du recours - que, dès le 1er janvier 1996, les assurés doivent agir pour contester les prises de position relatives aux assurances complémentaires. Il leur appartient, en vertu de l'article 47 alinéa 1er de la loi sur la surveillance des assurances (LSA), de saisir directement l'autorité judiciaire, (Spira, *Le nouveau régime de l'assurance-maladie complémentaire*, in RSA 1995 pp. 192 ss; Jean-Baptiste Ritter, *Questions relatives aux assurances complémentaires à la LAMal*, in RSA 1995 pp. 209 ss; Maurer, *Das neue Krankenversicherungsrecht*, 1996, pp. 135 ss), soit dans le canton de Vaud, le Tribunal des assurances, conformément au décret du Conseil d'Etat du 20 mai 1996 attribuant au tribunal de céans le contentieux des assurances complémentaires à l'assurance obligatoire.

En l'espèce, le litige porte sur une question relative à l'assurance-maladie complémentaire. L'on doit admettre que le nouveau droit est applicable, tant sur le fond que pour le contentieux, aucune des parties ne prétendant le contraire.

Partant, l'acte par lequel les demandeurs ont saisi l'autorité de céans est recevable et celle-ci peut entrer en matière sur le fond.

Est litigieux le point de savoir à quel moment ont pris fin les contrats d'assurance complémentaire de frais d'hospitalisation en division privée MAXI PLUS liant les demandeurs à la défenderesse.

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, *Assurances-maladie complémentaires et loi sur le contrat d'assurance*, Recueil de travaux IRAL 1997, p. 675).

Les demandeurs font valoir que dès le transfert de leurs polices à la défenderesse, soit en 1997, ils ont demandé la suppression de leur couverture complémentaire prévoyant leur hospitalisation en division privée.

Ils n'établissent toutefois pas ce fait. En effet, des pièces versées au dossier, il ne ressort pas qu'ils aient manifesté leur intention de résilier leur contrat avant le courrier adressé à la caisse le 30 septembre 1999. S'ils avaient écrit antérieurement à la défenderesse pour lui signifier la résiliation de leur contrat, ils n'auraient pas manqué de le rappeler dans leur lettre du 30 septembre 1999. Ils ne l'ont pas fait; l'on doit en conclure qu'ils ne contestaient pas l'existence de ces assurances avant dite date.

Les demandeurs ont dès lors valablement résilié leur police d'assurance-maladie complémentaire par courrier du 30 septembre 1999. Il convient encore de déterminer la date à laquelle ces résiliations ont pris effet. Dans leur lettre du 30 septembre 1999, R. et E. K. ont exprimé leur volonté de se départir de leur couverture complémentaire relative aux frais d'hospitalisation en division privée avec effet immédiat.

En vertu de l'article 8 des conditions générales des assurances complémentaires (FAMA éd. 1996), produites par la défenderesse, toutefois, un contrat ne peut être résilié que moyennant un préavis de trois mois pour les 30 juin ou 31 décembre.

En l'espèce, la résiliation donnée par les demandeurs le 30 septembre 1999, ne peut avoir d'effet qu'au 31 décembre de la même année. C'est donc à juste titre que la caisse a pris acte de la résiliation pour dite date. Il s'ensuit que R. et E. K. sont tenus de payer les primes relatives à leur couverture complémentaire de division privée jusqu'au 31 décembre 1999. A défaut, la caisse, après sommation, est habilitée à engager des procédures de poursuite et à suspendre la prise en charge de ses prestations jusqu'au paiement des primes (art. 11 des conditions générales d'assurance FAMA).

Les demandeurs soutiennent que selon l'usage, un contrat d'assurance-maladie complémentaire est caduc six mois après le non-paiement des primes par l'assuré. Aucune disposition ne prévoit toutefois une telle caducité du contrat.

Au vu de ce qui précède, la demande doit être rejetée dans la mesure où elle est recevable.

La cause a été jugée par le tribunal (art. 11 al. 2 de la loi sur le Tribunal des assurances), la valeur litigieuse des primes d'assurance-maladie complémentaire dépassant 8'000 francs.

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

L'action est rejetée dans la mesure où elle est recevable.

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 nouvelles, 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).