

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Jugement du 27 mars 2012

Présidence de M. JOMINI, juge unique
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

A. _____, à Genolier, demandeur,

et

E. _____ **Assurance-maladie SA**, à Carouge, défenderesse.

Art. 85 al. 1 LSA; 94 al. 1 let. a LPA-VD

E n f a i t :

A. Au 1^{er} janvier 2010, A._____ (ci-après: l'assuré ou le demandeur) était assuré auprès de E._____ Assurance-maladie SA (ci-après: E._____ ou la défenderesse), société du Groupe [...], pour l'assurance obligatoire des soins; il était également couvert selon une assurance complémentaire d'hospitalisation en division demi-privée " [...]".

B. Le 27 mars 2010, l'assuré est entré en urgence à la Clinique de [...] pour le traitement d'une affection digestive (occlusion intestinale). Le 29 mars 2010, la clinique a informé E._____ que l'hospitalisation allait s'effectuer au tarif demi-privé. E._____ a répondu le 30 mars 2010 à la clinique pour lui indiquer que la prise en charge de l'hospitalisation se limiterait au seul tarif division commune. Le 31 mars 2010, E._____ a écrit à l'assuré pour l'informer des conditions de prise en charge de l'hospitalisation. Le séjour à la clinique a duré jusqu'au 1^{er} avril 2010.

C. A._____ a adressé le 24 mars 2012 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal une "assignation en paiement", visant l'assureur E._____, et dont les conclusions sont les suivantes:

- "■ Ordonner le paiement intégral de l'hospitalisation ainsi que tous les frais de santé engagés;
- ordonner l'exécution provisoire sur minute et avant enregistrement;
- le condamner à rembourser tous les frais de justice;
- le condamner à payer les intérêts de retard;
- le condamner aux dépens;
- le condamner à verser une indemnité pour torts moraux;
- le condamner à restituer la couverture complémentaire d'hospitalisation en division mi-privé [...]."

Dans la motivation de son mémoire, le demandeur expose que E._____ a refusé de rembourser l'hospitalisation au motif qu'elle était survenue dans une période de suspension des prestations. Or il reproche à l'assureur un manquement aux obligations relatives à la sommation prévue à l'art. 20 LCA (loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance, RS 221.229.1). Le demandeur a produit des correspondances

concernant cette affaire, qui ont été adressées à l'Ombudsman de l'assurance-maladie ou qui proviennent de cet Ombudsman. Dans une lettre du 28 janvier 2011 d'E._____ à l'Ombudsman, cet assureur indique qu'il a intégralement pris en charge les prestations "à la charge de la LAMal [...] à hauteur de 3'762 fr., conformément à la garantie qui a été octroyée par E._____ le 30 mars 2010". Il ressort en substance de l'échange de correspondances avec l'Ombudsman que la question litigieuse est la validité d'une sommation, au sens de la LCA, après que des primes prévues par le contrat d'assurance n'avaient pas été payées.

D. L'assignation en paiement n'a pas été communiquée à la défenderesse. Il n'a pas été ordonné de mesures d'instruction.

E n d r o i t :

1. La contestation porte sur la prise en charge des frais résiduels d'une hospitalisation, après que l'assureur E._____ a pris en charge les prestations qui étaient dues dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins selon les art. 3 ss. LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, RS 832.10). Le fondement des prétentions du défendeur ne se trouve donc pas dans les dispositions du droit public fédéral sur l'assurance-maladie sociale (ou de base), mais dans un contrat prévoyant une couverture supplémentaire sous la forme d'une hospitalisation en division demi-privée, conclu par le demandeur avec la défenderesse.

Le contrat litigieux, pour une assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale, relève du droit privé. Il est soumis à la législation civile fédérale, notamment à la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA, RS 221.229.1), et non pas à la législation de droit public sur l'assurance-maladie sociale (LAMal; cf. art. 12 al. 2 et 3 LAMal). C'est du reste bien aux dispositions de la LCA que se réfère le demandeur.

Le 20 mai 1996, le Grand Conseil avait adopté le Décret relatif à l'attribution au Tribunal cantonal des assurances de la compétence du contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie (DTAs-AM; ancienne référence RSV: 173.431). Cela visait, précisément, les assurances complémentaires selon la LCA. Après que la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a remplacé, le 1^{er} janvier 2009, l'ancien Tribunal des assurances, le décret de 1996, toujours en vigueur, a été interprété dans le sens que cette Cour du Tribunal cantonal était compétente pour traiter ce contentieux, en appliquant sur le plan formel les règles de procédure administrative (cf. JdT 2009 III 43).

Le 16 décembre 2009, le Grand Conseil a adopté le Décret abrogeant celui du 20 mai 1996 relatif à l'attribution au Tribunal cantonal des assurances de la compétence du contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie. Ce nouveau décret, qui a pour seul objet d'abroger le décret de 1996, est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2011. Ainsi, depuis le 1^{er} janvier 2011 dans le canton de Vaud, les contestations de droit privé qui s'élèvent entre les entreprises d'assurance et les assurés sont dans la compétence du juge ordinaire (cf. art. 85 al. 1 LSA [loi fédérale du 17 décembre 2004 sur la surveillance des entreprises d'assurance, RS 961.01]) et la législation de procédure civile s'applique. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal n'est donc plus compétente.

Les anciennes règles de compétence et de procédure ne s'appliquent plus lorsque la demande a été introduite à partir du 1^{er} janvier 2011 (cf. art. 404 CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272]).

2. L'acte du demandeur adressé à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal doit être considéré comme un acte introductif d'instance (demande), dans le but d'obtenir une prestation prévue par un contrat d'assurance complémentaire. Il résulte du considérant précédent que la Cour de céans n'est pas compétente pour

instruire et juger cette affaire. La demande doit donc être déclarée d'emblée irrecevable.

Il convient d'appliquer, pour la présente décision, les règles de procédure administrative, en l'occurrence les règles pertinentes pour la Cour des assurances sociales, lorsqu'elle statue dans le cadre d'une action de droit administratif (art. 106 ss LPA-VD [loi sur la procédure administrative du 28 octobre 2008, RSV 173.36]). La composition de l'autorité juridictionnelle est fixée à l'art. 94 LPA-VD, par renvoi de l'art. 109 al. 1 LPA-VD. En l'espèce, comme la valeur litigieuse est à l'évidence inférieure à 30'000 fr., vu la brève durée de l'hospitalisation, il incombe à un membre de la Cour des assurances sociales de statuer en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

3. Il se justifie de statuer sans frais ni dépens.

**Par ces motifs,
le juge unique:**

I. Déclare la demande irrecevable.

II. Dit qu'il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

Le juge unique :

Le greffier :

Du

Le jugement qui précède est notifié à :

- A. _____,
- E. _____ Assurance-maladie SA,

par l'envoi de photocopies.

Si la valeur litigieuse est égale ou supérieure à 10'000 fr., un appel au sens des art. 308 ss CPC peut être formé dans un délai de 30 jours dès la notification du présent jugement en déposant au greffe du Tribunal cantonal un mémoire écrit et motivé. La décision objet de l'appel doit être jointe.

Si la valeur litigieuse est inférieure à 10'000 fr., un recours au sens des art. 319 ss CPC peut être formé dans un délai de 30 jours dès la notification du présent jugement en déposant au greffe du Tribunal cantonal un mémoire écrit et motivé. La décision objet du recours doit être jointe.

Le greffier :