urt7397.doc

Tribunal civil du district de Neuchâtel, le 26 novembre 1997,
P. c. Assura, assurance maladie et accident, Pully

Faits: La demanderesse allègue, dans son mémoire du 28 octobre 1996, avoir conclu, le 2 décembre 1995, une assurance complémentaire pour la couverture des frais d'hospitalisation en division privée, avec effet au 1er janvier 1996. Elle a subi, poursuit-elle, une première hospitalisation à l'hôpital de L., en février 1996, intégralement prise en charge par la défenderesse. En mars 1996, elle a du être hospitalisée d'urgence à l'hôpital de la B.

La demanderesse allègue par ailleurs qu'un rappel de cotisations lui a été adressé le 14 mai 1996 par la défenderesse, sans qu'elle ait reçu au préalable les avis de primes usuels. Le 31 mai 1996, une mise en demeure lui a été signifiée, avec avis de suspension des prestations sauf paiement dans le délai imparti. Elle s'est acquittée de sa dette le 12 juin 1996, précise-t-elle, alors qu'elle n'avait pas encore pris connaissance du courrier de la défenderesse selon lequel son hospitalisation ne serait que partiellement prise en charge.

La demanderesse conteste que les prestations de l'assurance puissent être limitées à la couverture des frais d'hospitalisation de base, du fait d'un retard de sa part. Elle fait valoir que la suspension de prestations n'a pas d'effet rétroactif. De plus, argumente-t-elle, le délai légal de sommation, de 14 jours, n'a pas été respecté, puisque la sommation lui a été communiquée le 31 mai 1996 et l'avis de suspension des prestations le 11 juin 1996. Elle s'était d'ailleurs acquittée de sa dette le 12 juin 1996, soit dans le délai de sommation.

En droit, la demanderesse précise que le litige doit être soumis à la LCA et qu'il importe peu, à cet égard, que l'approbation de l'OFAP n'ait pas encore été délivrée à la défenderesse, à la date de l'hospitalisation. Elle souligne la contradiction qu'il y a, pour la défenderesse, à refuser partiellement ses prestations pour la deuxième hospitalisation, alors qu'elle a assumé intégralement la première.

La défenderesse allègue, pour sa part, que la demanderesse était assurée, en 1996, selon 3 catégories de prestations, dont les frais d'hospitalisation en division privée (Optima Plus); qu'elle ne s'est toutefois acquittée d'aucune redevance d'assu-rance-maladie depuis le 1er janvier 1996, jusqu'au 11 juin 1996, soit après l'envoi d'une mise en demeure. La défenderesse s'estime donc fondée à refuser le versement de ses prestations pour le séjour à l'Hôpital de la B. en division privée.

La défenderesse soulignait par ailleurs, dans sa réponse du 25 novembre 1996, que, sauf cas d'urgence, toute hospitalisation et intervention chirurgicale doivent faire l'objet d'une annonce préalable auprès de la caisse. Or la demanderesse n'avait pas respecté cette obligation. Assura a toutefois renoncé à cet argument dans ses observations du 9 avril 1997, suite au rapport déposé par le Dr H. au sujet de l'hospitalisation en cause.

En droit, la défenderesse considère que, l'approbation des nouvelles conditions générales d'assurance édition 1996 n'étant pas encore intervenue au moment de l'hospitalisation de la demanderesse, seules celles de 1995 étaient en vigueur au moment des faits et que les prestations litigieuses étaient encore régies par la LAMA. La défenderesse allègue que, selon l'art. 8 al. 1er litt. b des conditions générales applicables, des prestations ne sont pas accordées aussi longtemps que l'assuré ne s'est pas acquitté de ses obligations envers elle et que leur règlement ne donne pas un droit rétroactif à des prestations pour la part d'un sinistre afférente à la période où l'assuré n'était pas à jour dans ses paiements.

De l'avis de la défenderesse, son assurée était en demeure si, au jour de l'échéance de ses primes, elle ne s'en était pas acquittées, sans qu'il soit nécessaire pour elle de procéder à une sommation. Elle précise que lesdites primes sont précédées d'un avis.

S'agissant des faits, le tribunal retient ce qui suit, sur les points essentiels:

a) La demanderesse est affiliée depuis le 1er juillet 1983 à la caisse maladie et accident Assura.

A une date indéterminée, elle a demandé à bénéficier d'une couverture élargie et la défenderesse a établi, le 2 décembre 1995, un avenant à la police .., comprenant les prestations Basis, Complementa Plus et Optima Plus, avec effet dès le 1er janvier 1996.

La prime mensuelle globale était de Fr. 206.-- et l'avenant précise que "la présente police définit les droits et obligations de l'assuré au regard des statuts et conditions d'assurance qui l'accompagnent". Selon toute vraisemblance, la demanderesse a reçu, comme le veut la pratique de la défenderesse (voir ses explications du 13 mars 1997 à ce sujet), les conditions générales 1994 à fin 1993 et l'édition 1996 à fin 1995, même si le fait n'est pas rigoureusement prouvé. Si elle était absente dans la période de réception de ces documents (selon le courrier de son mandataire, du 4 décembre 1996, elle se rendrait chaque année au Honduras de fin novembre à mi-février), il lui appartenait de s'organiser pour qu'ils parviennent effectivement à sa connaissance.

La demanderesse n'a pas établi l'envoi d'avis de primes pour les échéances des 1er janvier puis 1er avril 1996, que la défenderesse conteste avoir reçus.

Certes, un tel envoi doit intervenir de manière régulière et automatique, mais divers indices empêchent le tribunal d'acquérir la certitude que cette pratique ait été respectée dans la période en cause: d'une part, le 1er rappel est intervenu au 14 mai 1996 seulement, ce qui apparaît comme très tardif pour les primes du premier trimestre et suggère une certaine désorganisation dans la période en cause (la représentante de la défenderesse en audience admettait d'ailleurs une lourde surcharge au début de l'année 1996 et cela peut très bien se comprendre, vu le bouleversement législatif intervenu au 1er janvier 1996); d'autre part, ledit rappel porte sur des primes de Fr. 96.-- par mois, ce qui ne correspond pas (sauf subvention que rien n'indique au dossier) à la nouvelle police et induit le même sentiment de désorganisation; enfin, il serait étonnant que la demanderesse ait payé sans sourciller l'hospitalisation de son assurée à L., en division privée, si la situation de primes de cette dernière - et son retard, par conséquent - avait été parfaitement claire. Il ressort d'ailleurs du courrier de la défenderesse, du 11 juin 1996, que Mme P. avait payé ses primes du dernier trimestre 1995 le 5 septembre 1995 et qu'elle ne présentait apparemment pas de retard chronique dans les paiements concernés.

La demanderesse a été hospitalisée en urgence, le 14 mars 1996, pour une laparoscopie puis une laparotomie (voir rapport du Dr H. du 20 février 1997). Elle a séjourné, en division privée, à l'hôpital de la B. jusqu'au 26 mars 1996 et il en est résulté une facture globale de Fr. 12'898.30, dont la défenderesse a couvert Fr. 5'480.--.

Comme dit plus haut, les primes du premier semestre 1996 ont fait l'objet d'un premier rappel au 14 mai 1996, puis d'une mise en demeure du 31 mai 1996 (laquelle se référait à l'art. 8 des conditions générales, édition 1994). La demanderesse s'en est acquittée le 12 juin 1996.

L'art. 43 de la loi cantonale d'introduction à la LAMal prévoit que les contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de l'art. 12 al. 2 LAMal sont tranchées par le tribunal de district, quelle que soit la valeur litigieuse. Le tribunal de céans est donc compétent pour juger le présent litige.

Sur le fond, il convient d'observer que trois régimes légaux différents ont pu s'appliquer au règlement des primes entre parties:

- Sous l'empire de la LAMA, les caisses maladie étaient libres, selon la jurisprudence, de prévoir différentes sanctions en cas de non-paiement des primes d'assurance, à condition que ces sanctions soient proportionnées, c'est-à-dire en rapport raisonnable avec le but

recherché et avec la faute commise (ATF 111 V 318, 319). Il était ainsi admis, pour les caisses maladie, de prévoir dans leurs statuts ou règlements la suspension du droit aux prestations en cas de non-paiement des cotisations d'assurance, laquelle pouvait être maintenue tant que subsistaient des arriérés de cotisations (ATF 111 V 318, 321). C'est bien ce qu'avait fait la défenderesse, à l'art. 8 al. 1er lit. b des conditions générales, édition 1994.

- La LAMal pose le principe que, pour les prestations d'assurance-maladie dite sociale (art. 1er LAMal), la couverture "prend fin lorsque l'assuré cesse d'être soumis à l'obligation de s'assurer" (art. 3 LAMal). Cette disposition montre bien, comme l'art. 7 al. 5 de la même loi, en cas de changement d'assureur, que le législateur entendait éviter toute lacune de couverture. Dans une telle perspective, il ne paraît guère concevable d'admettre une suspension de couverture à titre de sanction et les conditions générales de la défenderesse, édition 1996, ne la prévoient plus (cf art. 6 et 8). C'est sans doute en suivant ce raisonnement (le nouveau droit s'appliquant dès son entrée en vigueur aux prestations de base, selon l'art. 102 al. 1er LAMal) que la défenderesse a payé la part de la facture d'hôpital correspondant auxdites prestations.

- A teneur de l'art. 12 al. 3 LAMal, les assurances complémentaires sont régies par la loi sur le contrat d'assurance (LCA). Cette réglementation nouvelle a été introduite par la loi du 18 mars 1994. Auparavant, les assurances complémentaires étaient soumises à la LAMA (FF 1992 I p.77ss, 122, 127; ATF 102 V 193, 197).

Selon l'art. 20 LCA, l'assuré en demeure de paiement d'une prime doit être sommé de la payer dans les 14 jours dès l'envoi de la sommation (al. 1er) et la couverture est suspendue s'il ne s'exécute pas dans ce délai (al. 3).

Il convient donc de dire si le contrat conclu entre parties, pour les prestations complémentaires litigieuses, était soumis au premier ou au troisième des régimes précités.

L'art. 102 al.2 LAMal prévoit, à titre transitoire pour ce type d'assurances, que les dispositions des caisses relatives aux assurances complémentaires doivent être adaptées au nouveau droit dans le délai d'une année dès l'entrée en vigueur de la loi et que les droits et les obligations des assurés sont régis par l'ancien droit tant que l'adaptation n'est pas effectuée. La défenderesse considère que cette adaptation n'était pas achevée tant qu'elle n'avait pas reçu l'approbation de l'OFAP de pratiquer les assurances complémentaires selon le nouveau droit, mais une telle interprétation ne peut être suivie. D'une part, le Message du Conseil fédéral ne retenait pas un critère institutionnel, mais déclarait: "Il faudra, toutefois, adapter ces rapports d'assurance au nouveau droit... S'agissant des assurances complémentaires, il conviendra de conclure un contrat d'assurance au sens de la loi sur le contrat d'assurance", en ajoutant, quant au délai d'adaptation d'une année, que "les caisses pourront, bien entendu, réduire celui-ci ou y renoncer" (FF 1992 I 195). C'est donc un critère contractuel qui était visé. Il serait d'ailleurs choquant, dans l'optique du droit privé désormais applicable, qu'une police et des conditions générales déclarées en vigueur dès le 1er janvier 1996, selon la convention des parties, ne le soient en réalité que dès la survenance d'un événement extérieur et totalement inconnu de l'une d'elles. Cela serait d'autant plus insatisfaisant, dans le cas d'espèce, que les prestations litigieuses n'ont été assurées que dès le 1er janvier 1996 et n'ont donc jamais été soumises à la LAMA, alors que l'art. 102 al. 2 LAMal entend dire, logiquement, que les droits et obligations continuent d'être régis par l'ancien droit, jusqu'à l'adaptation nécessaire.

Au vu de ce qui précède, le tribunal parvient à la conclusion que le contrat litigieux était soumis, au mois de mars 1996, à la loi sur le contrat d'assurance; que les conditions généra-

les, édition 1994, de la défenderesse ne lui étaient pas applicables et qu'une suspension des droits de l'assurée supposait une sommation formelle, au sens de l'art. 14 LCA. Comme une telle sommation n'est intervenue que le 31 mai 1996 (pour autant qu'on l'estime suffisante dans sa teneur) et que le paiement des primes a de surcroît été effectué dans le délai de 14 jours, les droits de la demanderesse n'étaient pas suspendus.

En réalité, toute la discussion qui précède est même sans doute vaine, puisque la défenderesse n'a pas établi l'envoi d'avis de primes avant l'hospitalisation litigieuse et qu'il ne résulte ni de l'avenant du 2 décembre 1995, ni d'un quelconque usage en la matière que l'assuré pourrait se trouver en demeure avant l'envoi d'un tel avis. Même si l'art. 12.2 des conditions générales pour l'assurance maladie prévoit que "la première prime est échue le jour d'entrée en vigueur du contrat", il ne peut y avoir demeure du débiteur de prime que si le créancier lui a fourni, concrètement, le moyen de paiement adéquat. Or tel n'a pas été le cas, selon le dossier.

Les autres conditions du paiement des prestations de la défenderesse ne sont pas litigieuses et il n'est pas allégué que, selon une convention passée entre l'assurance défenderesse et l'hôpital concerné, celui-ci serait directement créancier desdites prestations.

La demande sera donc admise en capital, alors que les intérêts moratoires sont dus dès le courrier du mandataire de la demanderesse du 5 septembre 1996, qui vaut interpellation.

Les frais de justice, avancés par la demanderesse, seront supportés par la défenderesse, qui versera par ailleurs à la partie adverse une indemnité de dépens dont le montant peut être équitablement arrêté à Fr. 750.--, vu la valeur litigieuse et la nature de la cause.

Vu les art. 12 al.2 et 3, 102 al.2 LAMal, 43 LiLAMal, 20 LCA, 1ss CO, ainsi que 152, 341ss CPCN (applicables à titre supplétif, puisque l'arrêté prévu à l'art. 43 al. 2 LiLAMal ne paraît pas avoir été adopté),

PAR CES MOTIFS:

1. Condamne la défenderesse à payer à la demanderesse la somme de Fr. 7'418.30 plus intérêts à 5% l'an dès le 5 septembre 1996.

2. Rejette la demande pour le surplus.

3. Condamne la défenderesse à rembourser à la demanderesse les frais de justice avancés par elle et arrêtés à Fr. 420.--.

4. Condamne la défenderesse à payer à la demanderesse une indemnité de dépens de Fr. 750.--.

Ce jugement peut faire l'objet d'un recours à la Cour de cassation civile par le dépôt d'un mémoire motivé au greffe du Tribunal de district dans les 20 jours dès notification du présent jugement (art. 435 al.3, 417 CPCN).