

Tribunal cantonal du canton de Vaud, 4 mai 2000,
M. c. Visana Assurances, Berne

Faits: N. M., née en 1970, est affiliée à la caisse-maladie Visana depuis le 1er janvier 1997. En 1998, sa couverture d'assurance comprenait, outre l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal, deux assurances complémentaires soumises à la LCA, dites Ambulatoire classe II et Complémentaire classe III.

Sur la base d'un certificat du Dr M. C., à B., afférent aux conséquences d'un accident de la circulation subi par l'intéressée le 25 octobre 1989, les assurances complémentaires ont chacune fait l'objet de la réserve suivante: "Pollinose allergique + syndrome cervico-dorsal-post-traumatique (et) cervicalgies avec céphalées."

En 1997, l'assurée a consulté le masseur et réflexologue M. P., à E., qui a effectué des séances de déblocages et massages, pour tétanisation musculaire de la nuque ainsi que de la région trapèzesomoplastes-grand dorsal. Le praticien a établi deux factures qui ont été prises en charge par la Visana, à raison de 340 francs. Une seconde facture de M. P., datée du 30 décembre 1998 et portant sur un montant de 315 fr., a été adressée par l'assurée à la caisse.

Par lettre du 8 février 1999, celle-ci a informé son assurée que les frais relatifs aux massages et à la réflexologie n'étaient pas remboursés au titre de l'assurance obligatoire des soins et qu'une contribution n'était allouée que par le biais de l'assurance complémentaire MOO (médecine complémentaire); elle ajoutait que, selon les renseignements à sa disposition, le traitement effectué par M. P. du 13 mars 1998 au 11 novembre 1998 tombait sous le coup de la réserve grevant les assurances complémentaires et que, dès lors, elle ne devait pas verser de prestations.

L'assurée ayant contesté ce refus, l'assureur a confirmé son point de vue le 23 juin 1999 et a en outre réclamé le remboursement des 340 fr. versés pour les traitements de 1997.

A la demande de sa patiente, le Dr C. a, le 1er juillet 1999, adressé au médecin conseil de la caisse la lettre suivante:

"La patiente susnommée m'a informé des problèmes de facture en rapport avec les traitements administrés par M. M. P., masseur et réflexologue, à E.

L'argument utilisé pour ne pas rembourser les prestations du thérapeute se base sur une réserve concernant le "syndrome cervico-dorsal-post-traumatique".

Pour mémoire, je rappelle que l'événement traumatique dont il est question remonte au 25 octobre 1989. A l'époque, il n'y avait eu aucune ICT et la symptomatologie douloureuse avait disparu après 10 séances de physiothérapie.

A mon sens, le problème présenté ces derniers mois par Mme M. n'a plus rien à voir avec le traumatisme de 1989. Il s'agit en fait de cervico-brachialgies subaiguës à chroniques en rapport avec une activité professionnelle de musicienne (violoncelliste).

Le syndrome cervical n'ayant donc plus rien à voir avec le traumatisme de 1989, je ne comprends dès lors pas pourquoi la VISANA refuse de prendre en charge les prestations complémentaires. (...)."

Après avoir pris connaissance de cette missive, la caisse a maintenu son point de vue le 23 juin 1999.

N. M. a saisi le Tribunal des assurances par requête du 27 septembre 1999, concluant implicitement à la prise en charge de la facture de M. P. Elle expose qu'en qualité de violoncelliste professionnelle, elle a de nombreuses crispations musculaires liées à des mouvements répétitifs (blocages musculaires du dos, tendinites, "tennis-elbow", notamment); et que M. P. est un thérapeute très efficace qui la "dénoue" rapidement.

Dans sa réponse du 11 novembre 1999, la caisse a conclu au rejet de la demande et, reconventionnellement, à ce que la demanderesse soit tenue de lui rembourser la somme de 340 fr. versée pour les traitements dispensés par M. P. en 1997. Elle reprend et développe son point de vue.

Les parties ont confirmé leurs positions de principe respectives au cours de l'échange d'écritures ultérieur. La demanderesse a assorti d'intérêts ses conclusions en capital et a produit un rapport rédigé le 3 janvier 2000 par le Dr W. R., rattaché au service de chirurgie plastique et reconstructive du CHUV, dirigé par le Professeur E.

Le Juge instructeur a interpellé la défenderesse le 29 février 2000, notamment quant à l'intitulé de la réserve; la partie a répondu le 10 mars 2000 suivant. Il sera fait état ci-dessous de cette détermination, ainsi que des pièces produites, dans la mesure nécessaire.

Motifs: Les prestations en cause relèvent de la couverture de la classe III souscrite par la demanderesse; la défenderesse n'est pas l'assureur LAA de la demanderesse, (pour autant que celle-ci soit couverte selon cette loi), de sorte qu'il est sans objet de se demander si le cas pourrait constituer une maladie professionnelle selon l'article 9 LAA.

Abstraction faite du régime transitoire de l'article 102 alinéa 2 LAMal, qui ne concerne pas la présente espèce, les assurances complémentaires 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 néanmoins confié au Tribunal des assurances le contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie (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., spec. 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)

La demande est recevable.

La couverture d'assurance ici en cause est grevée d'une réserve (cf. l'art. 33 LCA), illimitée dans le temps et dont l'intitulé est le suivant: "Pollinose allergique + syndrome cervico-dorsal post-traumatique (et) cervicalgies avec céphalées."

La réserve n'est pas contestée en elle-même. Cela étant, il convient d'examiner si, comme le soutient la défenderesse, les traitements dispensés par M. P. sont ou non en relation avec cette réserve.

A cet égard, la formulation de la réserve manque de précision dans la mesure où, pour un motif que l'on ignore, seul le syndrome cervico-dorsal est qualifié de post-traumatique, et non les cervicalgies avec céphalées; or, rien ne permet de supposer que celles-ci ne seraient pas en relation avec l'accident de 1989, aucune autre circonstance n'étant invoquée pour justifier cette différence. A cet égard, l'explication donnée à ce sujet par la caisse le 10 mars 2000 est peu compréhensible.

Suivant les explications données par le Docteur C. le 1er juillet 1999, il apparaît probable que les cervicalgies avec céphalées auraient aussi dû être qualifiées de "post-traumatiques" au sens de la réserve.

Ainsi, le refus de la prise en charge ne pourrait être confirmé que si le traitement litigieux est en relation avec les séquelles de l'accident de 1989. Or, force est d'admettre que tel n'est pas le cas, le Docteur C. aussi bien que le Dr R. ayant expliqué de manière toute à fait convaincante que les troubles de la santé soignés par M. P. sont en "relation directe" (selon les termes du Dr R.) avec l'activité professionnelle de violoncelliste de la demanderesse. Ces avis sont précis et dépourvus de toute équivoque; de surcroît, le rapport du Dr R. émane d'un spécialiste et l'indépendance d'un hôpital universitaire ne paraît guère contestable. La défenderesse n'apporte aucun élément de nature à infirmer ces rapports, tant s'en faut. Peu importe, notamment que, comme la défenderesse l'explique dans son écriture du 10 mars 2000, la réserve ait été établie sur la base d'un rapport du Dr C., puisque les affections ici en cause ne tombent pas sous le coup de ladite réserve.

L'assureur est ainsi débiteur de la contrevaletur de la note d'honoraires de M. P. du 30 décembre 1998, à hauteur de 315 fr. en capital.

Ce montant porte intérêt, au taux légal de 5 % l'an, dès le lendemain de la date présumable de la réception, par la défenderesse, de l'écriture de la demanderesse du jeudi 29 avril 1999, qui vaut interpellation à forme de l'article 102 alinéa 1er CO (cf. Spahr, L'intérêt moratoire conséquence de la demeure, Revue Valaisanne de Jurisprudence 1990, pp. 351 ss., spéc. p. 356). Le dies a quo doit être fixé au 4 mai 1999.

Au vu de ce qui précède, la demande doit être admise. Par identité de motifs, les conclusions reconventionnelles de la défenderesse sont rejetées. La défenderesse est débitrice de la demanderesse de la somme de 315 francs, avec intérêt à 5 % l'an dès le 4 mai 1999.

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 N. M. sont admises.

II. Les conclusions reconventionnelles de la défenderesse Visana Assurances sont rejetées.

III. La défenderesse est débitrice de la demanderesse du montant de 315 fr. (trois cent quinze francs), avec intérêt à 5 % l'an dès le 4 mai 1999.

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 fr., 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:

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 nouveaux, 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).

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