



TRIBUNAL DES ASSURANCES

PRESIDENT DU TRIBUNAL DES ASSURANCES

Présidence de M. D O N Z E L , juge
Greffier : Mme Rouiller, greffière-substitut

* * * * *

Jugement du 30 août 2001

dans la cause

X demanderesse, représentée par
l'agent d'affaire breveté Jacques Lauber à Lausanne,

contre

Y (ci-après : la caisse), à
Lausanne, défenderesse.

Art. 12 al. 2 et 3 LAMal

E n f a i t :

A. X est née en 1942. Elle est domiciliée à Pully. Elle est affiliée à la caisse-maladie Y , notamment dans le cadre de l'assurance complémentaire "C", laquelle est régie par la loi sur les contrats d'assurance (ci-après : LCA).

La demanderesse a adressé à la défenderesse un certificat médical établi le 9 décembre 1999 par la Doctoresse Z , et selon lequel "(...) l'assurée a besoin d'une femme de ménage durant deux heures par semaine depuis novembre 1998, (...) pour des raisons médicales". Elle a également adressé à la défenderesse onze factures mensuelles établies entre janvier et novembre 1999, pour un montant total de 1'848 fr. (84 heures à 22 fr.). Le 11 janvier 2000, elle a encore envoyé une facture de 176 fr. (8 heures à 22 fr.) à sa caisse-maladie.

Sur cette base, elle requiert des prestations d'aide familiale pour les mois de décembre 1998 à janvier 2000.

Répondant à la défenderesse, la Dresse Z a, dans un rapport établi le 21 janvier 2000, indiqué que sa patiente souffrait de dorso-lombalgies chroniques, qu'elle avait été opérée du tunnel carpien gauche en octobre 1999, et souffrait de fatigue liée à un diabète sucré insulino-traité; qu'enfin, elle (...) "avait son mari à charge".

Par pli du 4 avril 2000, la Dresse Z a précisé que le mari de la demanderesse nécessitait de plus en plus de soins, ce qui, selon elle "(...) justifie l'intervention d'une aide de ménage deux heures par semaine, solution certainement moins coûteuse qu'un traitement lourd que justifierait l'exacerbation des dorso-lombalgies de Mme X , si elle devait continuer à tout assumer sans aide (..)"

Par lettre du 8 juin 2000, la caisse a informé le conseil de l'assurée qu'il ressortait clairement des indications médicales que le recours à une aide de ménage durant toute l'année 1999 ne se justifiait pas, mais qu'elle était d'accord d'allouer ses prestations depuis le 18 octobre 1999 (date de l'intervention chirurgicale du tunnel carpien) jusqu'à la fin de décembre 1999.

B. Par requête du 10 janvier 2001, l'assurée, représentée par l'agent d'affaire breveté L , a saisi le Tribunal des assurances. Elle conclut, avec dépens, à ce que la caisse soit tenue de lui verser la somme de 1'680 fr., avec intérêts à 5% dès le 1er juin 1999 (échéance moyenne) à titre de remboursement de ses frais d'aide familiale.

Par réponse du 21 mars 2001, la caisse conclut au rejet de la requête; elle relève que son médecin conseil a préavisé négativement à la prise en charge des frais d'une aide familiale en dehors de la période indemnisée, dès lors que les dorso-lombalgies ont été améliorées par le traitement du Dr V , que, d'autre part, le diabète insulino-dépendant n'entraîne pas de limitation fonctionnelle susceptible d'entraver la tenue du ménage, qu'enfin, s'agissant des prestations litigieuses, la présence d'un mari à charge n'est pas déterminante.

La demanderesse a répliqué le 8 juin 2001; elle maintient les conclusions de sa requête du 10 janvier 2001.

La caisse a dupliqué le 22 août 2001. A cette occasion, elle confirme ses conclusions.

E n d r o i t :

1. Abstraction faite du régime transitoire de l'article 102 alinéa 2 LAMal, qui n'est pas en cause ici, 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]), ce que ne contredit aucune norme de droit fédéral (ATF 125 III 461, JT 2000 I 124). 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).

La requête est recevable.

2. Le présent litige concerne la prise en charge des factures d'aide au ménage de décembre 1998 à janvier 2000. Pour la période allant du 18 octobre au 31 décembre 1999, la demanderesse a obtenu satisfaction. Reste à examiner si sa requête - tendant à ce que son assureur maladie prenne également en charge les factures établies pour décembre 1998 et jusqu'au 18 octobre 1999 - est justifiée.

3. Le contrat d'assurance est conclu par l'acceptation de la proposition d'assurance par l'assureur dans le délai légal ou le délai plus court fixé par le proposant (Viret, Droit des assurances privées, 2e éd., Zurich 1985, p. 79).

A la différence de la couverture des soins de l'assurance-maladie sociale, les assurances-maladie complémentaires ne sont pas régies exhaustivement par la loi; elles relèvent, avec les restrictions propres au droit du contrat d'assurance régi par la LCA, du principe de la liberté contractuelle, qui implique non seulement la liberté de contracter ou de ne pas contracter, mais aussi d'aménager le contenu des rapports contractuels (Viret, Droit des assurances privées, op. cit., pp. 19 s.; Recueil de travaux, op. cit., p. 671).

Dans la pratique, les conditions d'assurance forment le contenu ordinaire et typique du contrat d'assurance; elles se subdivisent en conditions générales (art. 3 al. 1er LCA) et en conditions particulières, lesquelles font partie intégrante du contrat (Viret, Recueil de travaux, op. cit., p. 673). L'assureur peut les modifier en préservant les droits de l'assuré selon l'article 35 LCA, étant en outre précisé que la LCA comporte des dispositions impératives (art. 97) et des dispositions qui ne peuvent être modifiées au détriment du preneur d'assurance ou de l'ayant droit (art. 98).

4. Le présent litige doit être tranché à l'aune de l'article 12 de "l'assurance complémentaire Completa", lequel précise à quelles conditions la prise en charge d'une aide familiale est possible. Aux termes de cette disposition, la caisse rembourse ce qui suit :

" - Pour l'aide familiale qui est nécessaire pour effectuer des travaux dans le ménage tenu par l'assuré, Y prend en charge 50 % des frais attestés, jusqu'à concurrence de 30.- par jour pendant 60 jours au plus par année civile; (ch.1).

- La nécessité d'avoir recours à une aide familiale doit être attestée par certificat médical; (ch.2).

- (...) "

b) En l'espèce, les certificats médicaux établis par la Dresse Z amènent l'autorité de céans à constater que ce n'est pas l'état de santé de la demanderesse (dorso-lombalgies et diabète insulino-dépendant) qui justifie le recours à une aide familiale mais bien celui de son mari, lequel dépend d'elle dans une très large mesure.

Dans ces conditions, on ne saurait admettre que l'on est en présence, pour la demanderesse, de motifs médicaux au sens de l'article 12 chiffre 2 des conditions d'assurance précitées.

c) L'existence d'une créance l'encontre de la défenderesse devant être niée, il y a lieu de rejeter également sans plus ample analyse les prétentions de la demanderesse tendant au paiement d'un intérêt de retard.

d) En définitive, la requête ne peut qu'être rejetée dans toutes ses conclusions.

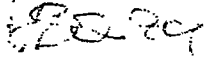
5. La valeur litigieuse étant inférieure à 8'000 francs, la cause ressortit à la compétence du juge instructeur statuant comme juge unique (art. 11 al.1er LTA).

Par ces motifs,
Le Président du Tribunal des assurances
p r o n o n c e :

I. La requête est rejetée.

II. Toute autre est plus ample conclusion est écartée.

Le président :



La greffière :



Du 12 1997 2002

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).

PHOTOCOPIE CERTIFIÉE
CONFORME À L'ORIGINAL

Le greffier:

La greffière :

bc