



TRIBUNAL DES ASSURANCES

PRESIDENT DU TRIBUNAL DES ASSURANCES

Présidence de Mme M A I R E, juge

Greffier : M. Ritter, greffier-substitut

* * * * *

Jugement du 18 juin 2003

dans la cause

X, demandeur, représenté par l'avocat Cyrille
Piguet, à Lausanne,

contre

CAISSE-MALADIE Y, défenderesse

Art. 11 al.1^e LCA; 102 al. 1^e , 104 al. 1^e CO.

E n f a i t :

A. X, né en 1944, a signé, le 17 décembre 1997, une proposition d'assurance auprès de la Caisse-maladie Y, en demandant son admission à l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal et à des couvertures soumises à la LCA, à savoir l'assurance N R3 et l'assurance complémentaire des frais d'hospitalisation "M", dès le 1^{er} janvier 1998.

Après avoir répondu à un questionnaire de santé, le candidat a été admis sans réserve dans l'assurance dès le 1^{er} janvier 1998 pour les couvertures sollicitées.

Le 2 novembre 1998, la Clinique Cécil, à Lausanne, a demandé à l'assureur une garantie d'hospitalisation du 21 au 23 décembre 1998 ayant pour objet une cure chirurgicale de varices. Ce traitement a été prodigué. Y a indiqué, le 15 janvier 1999, qu'elle ne garantissait que la couverture en chambre commune. Le même jour, elle a informé l'assuré qu'elle introduisait une réserve rétroactive dans le contrat d'assurance pour "status variqueux du membre inférieur gauche", valable à vie. Elle reprochait à l'assuré de ne pas l'avoir informé de cette maladie dans le questionnaire médical d'admission. Elle ajoutait qu'en cas de non acceptation du contrat grevé de réserve, elle ferait usage de son droit de résiliation selon l'article 6 LCA. L'assuré a contesté la position de l'assureur, faisant valoir que la pathologie variqueuse s'était manifestée au cours de l'été 1998 au plus tôt. L'assureur a maintenu la réserve rétroactive.

B. Xi, représenté par l'avocat Cyrille Piguët, a saisi le Tribunal des assurances le 10 novembre 1999, concluant, avec dépens, d'une part, au versement par Y de la somme de 7'268 fr. 05 plus intérêts à 5 % l'an dès le 21 janvier 1998 (sic), subsidiairement au paiement de la facture de la Clinique Cécil et des médecins consultés pour l'intervention chirurgicale et l'hospitalisation du 21 au 23 décembre 1998, sous déduction de l'acompte de 1'761 fr. déjà effectué, et, d'autre part, à l'annulation de la réserve et à l'interdiction pour Y d'en introduire une autre.

Dans sa réponse, la défenderesse a conclu au rejet de la demande.

Le juge instructeur a complété les faits de la cause en interpellant divers médecins ayant prodigué des soins au demandeur. Les parties ont chacune présenté leurs déterminations sur ces avis médicaux et ont maintenu leurs conclusions.

C. Par jugement du 9 octobre 2001 (AMC 22/99 – 20/2001), le Tribunal des assurances a rejeté la demande.

Statuant sur recours du demandeur, la Chambre des recours du Tribunal cantonal a, par arrêt du 19 juin 2002 (314/2002), notamment admis le recours (ch. I. du dispositif), annulé le jugement et renvoyé la cause au tribunal des assurances pour nouveau jugement dans le sens des considérants (ch. II. du dispositif).

D. La cause reprise a été inscrite au rôle sous la référence AMC 17/02. L'autorité de céans a invité les parties à se déterminer sur la suite de la procédure. Le demandeur a maintenu ses conclusions en paiement de 7'268 fr. 05 plus intérêts à 5 % l'an dès le 21 janvier 1998; la défenderesse s'en est remise à justice, tout en confirmant avoir remboursé une facture de 1'761 francs.

E n d r o i t :

1. L'autorité cantonale de recours a annulé la premier jugement du Tribunal des assurances au motif que la défenderesse n'était pas habilitée à grever la couverture d'assurance du demandeur d'une réserve rétroactif; la Chambre de recours a laissé le soin à l'autorité de céans de déterminer la quotité des prestations contractuelles dues par la défenderesse au titre de la police en question.

Selon les conclusions du demandeur, la valeur litigieuse est inférieure à 8'000 francs.

2. A teneur de l'article 11 alinéa 1^{er}, première phrase, LCA, l'assureur est tenu de remettre au preneur d'assurance une police constatant les droits et les obligations des parties.

3. En l'espèce, les frais médicaux et hospitaliers en cause constituent un risque couvert par le contrat d'assurance en cas de maladie souscrit par le demandeur auprès de la défenderesse. Seul demeure ainsi litigieux le montant dû au titre du traitement médical de varices suivi par l'assuré du 21 au 23 décembre 1998. Le demandeur a confirmé ses conclusions tendant au versement, par la défenderesse, de la somme de 7'268 fr. 05 plus intérêts à 5 % l'an dès le 21 janvier 1998.

4. Il est constant que le coût global du traitement est de 9'029 fr. 05. Le montant réclamé est établi par l'ensemble des pièces produites par le demandeur; il est confirmé par les autres pièces au dossier et correspond au total des factures présentées, après déduction de la part due par l'assureur au titre de la couverture sociale obligatoire, par 1'761 francs. Subsiste dès lors un solde de 7'268 fr. 05 en capital.

5. Le demandeur a assorti ses conclusions en capital d'intérêts, réclamés au taux annuel de 5 %. Avant l'ouverture d'action, le 10 novembre 1999, il n'a pas manifesté, à l'égard de son assureur, sa volonté d'obtenir paiement de l'entier des frais afférents au traitement ici en cause. En revanche, la demande vaut interpellation selon l'article 102 alinéa 1^{er} CO; celle-ci déploie ses effets dès sa réception par le débiteur (cf. Engel, Traité des obligations en droit suisse, 2e éd., Berne 1997, pp. 685 s.).

Dans le cas particulier, la demande a été transmise à la défenderesse le vendredi 19 novembre 1999 par le greffe de céans sous courrier "B". La partie est dès lors réputée l'avoir reçue le lundi 22 novembre suivant. Le dies a quo de l'intérêt étant le lendemain de la notification du pli valant interpellation, les intérêts doivent courir, au taux annuel de 5 % (art. 104 al. 1^{er} CO), dès le 23 novembre 1999

6. Au vu de ce qui précède, la demande doit être admise. La défenderesse est débitrice du demandeur de la somme de 7'268 fr. 05, avec intérêt à 5 % l'an dès le 23 novembre 1999.

7. Le demandeur obtenant entièrement gain de cause, de pleins dépens doivent lui être alloués à la charge de la défenderesse, qui succombe.

Les dépens sont arrêtés globalement dans le jugement, la partie ayant la faculté de produire un relevé de ses opérations (art. 26 bis LTA). La disposition précitée est en principe applicable par analogie en matière d'assurances complémentaires à la LAMal, le sort des dépens étant, dans ce domaine, régi exclusivement par le droit cantonal, vu le silence de la LSA (notamment de l'article 47 de cette loi) et de toute autre norme de droit fédéral en matière d'assurance privée. Au surplus, le décret du Grand Conseil du 20 mai 1996 ne contient aucune disposition relative aux dépens (cf. Tass VD, F. c. Y, jugement du 31 juillet 2000, AMC 24/99 – 2412000).

En l'espèce, il se justifie, vu l'ampleur du litige et les opérations effectuées par l'avocat Piguet, d'arrêter à 2'500 fr. la somme allouée au demandeur à titre de dépens pour les deux procédures de première instance.

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

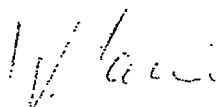
I. La demande est admise.

II. La défenderesse Caisse-maladie Y est débitrice du demandeur X de la somme de 7'268 fr. 05 (sept mille deux cent soixante-huit francs et cinq centimes), avec intérêt à 5 % l'an dès le 23 novembre 1999.

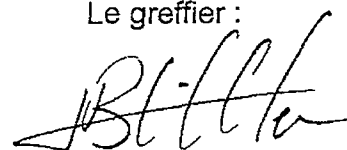
111. La défenderesse versera au demandeur la somme de 2'500 francs (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

IV. Toutes autres ou plus amples conclusions sont rejetées.

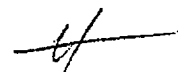
Le président :



Le greffier :



Du 31 JUIL, 2003



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).

Le greffier :

PHOTOCOPIE CERTIFIÉE
CONFORME A L'ORIGINAL

