



TRIBUNAL DES ASSURANCES

PRESIDENT DU TRIBUNAL DES ASSURANCES

Présidence de Mme M A I R E, juge

Greffier : M. Addor, greffier-substitut

* * * * *

Jugement du 28 décembre 2004

dans la cause

X , représentée par Me Pierre-Dominique Schupp,
avocat à Lausanne, demanderesse,

contre

Y Caisse-maladie (ci-après : Y Assurances), à Lausanne,
défenderesse.

Art. 33 LCA

En fait:

A. X , née en 1965, est affiliée depuis le 1^{er} mars 2001 auprès de Y Assurances pour l'assurance obligatoire des soins selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (ci-après : LAMal) et pour l'assurance complémentaire Family selon la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (ci-après : LCA), contrat qui est grevé d'une réserve illimitée pour "maladie de Crohn".

Du 16 juin 2002 au 2 juillet 2002, la demanderesse a été hospitalisée à la Clinique de La Lignière à Gland. A l'entrée, le diagnostic était "maladie inflammatoire du côlon, à investiguer, dénutrition, état anxio-dépressif". Les diverses investigations digestives conduites lors de cette hospitalisation ont évoqué une recto-colite ulcéreuse hémorragique (ci-après : RCUH), voire une maladie de Crohn, sans que ce dernier diagnostic n'ait été expressément retenu, les Drs J et B penchant plutôt pour une RCUH que pour une maladie de Crohn.

Le 14 novembre 2002, Y Assurances a refusé d'allouer ses prestations d'assurances complémentaires en relation avec l'hospitalisation précitée, en invoquant la réserve dont était grevé le contrat. Elle fait valoir que le diagnostic à l'origine de l'hospitalisation est bien en relation avec l'objet de la réserve pour maladie de Crohn, réserve qui se rapporte à l'appareil digestif (intestins).

B. Par demande du 10 février 2004, X a conclu à ce que la caisse soit condamnée à lui rembourser le montant de 2'135 francs 15, dû au titre de l'assurance complémentaire avec intérêts à 5 pour-cent l'an dès le 1^{er} octobre 2002, pour les frais encourus à la Clinique de La Lignière à Gland du 16 juin 2002 au 2 juillet 2002. A l'appui de sa prétention, elle fait valoir qu'en intitulant sa réserve "maladie de Crohn", Y Assurances a exclu du champ d'application de la réserve toute autre maladie inflammatoire du tube digestif.

Dans sa réponse du 7 mai 2004, Y Assurances a conclu au rejet des conclusions de la demande. Elle estime qu'il serait "présomptueux de déduire un droit aux prestations au titre de l'assurance complémentaire Family selon la LCA pour le séjour hospitalier effectué du 16. 06. au 02. 07. 2002, en invoquant le fait que la maladie existait certes toujours, mais que le diagnostic n'était pas clair et ne l'était d'ailleurs déjà pas au moment de l'apposition de la réserve".

Les parties ont renoncé à un second échange d'écritures.

En droit :

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 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 [ROLV 1996 p. 119; RSV 2.2 D; FAO 1996 p. 1956]), ce que ne contredit aucune norme de droit fédéral (ATF 125 III 461, JdT 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, JdT 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 ss, 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 compétence du Tribunal des assurances pour toutes les assurances-maladie (complémentaires) relevant de la LCA a été reconnue par l'autorité cantonale de recours supérieure (Ch. rec., arrêt P c. K Assurances, du 24 juin 1998, n° 257/1998, publié in JdT 1999 III 106 ss). Un recours en réforme interjeté contre cet arrêt devant le Tribunal fédéral a été déclaré irrecevable par arrêt du 7 avril 1999 de la IIe Cour civile.

La demande est dès lors recevable.

2. En l'espèce, la question litigieuse est celle de savoir si la défenderesse est tenue à prestations, pour un montant de 2'135 francs 15, au titre de l'A pour le séjour hospitalier effectué du 16 juin au 2 juillet 2002. La défenderesse a refusé ses prestations pour le motif que l'affection qui a motivé ledit séjour tombait sous le coup de la réserve d'une durée illimitée, affectant l'A. Pour sa part, la demanderesse estime que le diagnostic de maladie de Crohn, n'ayant pas pu être posé, la réserve ne peut être invoquée. Sanitas Assurances lui doit dès lors versement du montant précité avec intérêts à 5 pour-cent l'an dès le 1^{er} octobre 2002.

3. a) En vertu de l'article 33 LCA, sauf disposition contraire de la loi, l'assureur répond de tous les événements qui présentent le caractère du risque contre les conséquences duquel l'assurance a été conclue, à moins que le contrat n'exclue certains événements d'une manière précise, non équivoque.

Selon cette disposition, il appartient aux parties de s'entendre sur le ou les risques assurés.

En pratique, ce sont les conditions d'assurance, générales ou particulières, qui définissent de manière abstraite ces risques dont l'assureur répond a priori, tout en précisant par une clause d'exclusion certains aspects de ces risques qui ne sont pas couverts. Font ainsi partie des risques assurés tous ceux qui ne sont pas exclus de l'assurance par une disposition précise et sans équivoque (RBA IV n° 108).

b) Les événements exclus de l'assurance doivent être définis de telle manière qu'il ne subsiste aucun doute à leur sujet.

Aussi la jurisprudence a-t-elle posé quelques règles d'interprétation. En l'absence de dispositions particulières dans la LCA, ce sont, d'une façon générale, les principes d'interprétation des contrats qui sont applicables (article 100 alinéa 1^{er} LCA). C'est ainsi que le principe de la confiance, déduit de l'article 2 alinéa 1^{er} CC, est applicable sans réserve. Il en découle que les clauses peu claires doivent être interprétées au détriment de celui qui les a rédigées, en l'espèce, l'assureur (ATF 118 II 342, JdT 1996 I 128, SJ 1992 p. 623; ATF 97 II 72 = JdT 1972 I 351). Si, en ce qui concerne l'étendue du risque, l'interprétation la plus large doit être retenue (ATF 100 II 403), en revanche, les clauses d'exclusion doivent être interprétées restrictivement. Une clause d'exclusion peu claire ou équivoque doit être appliquée au détriment de l'assureur. A cet égard, l'article 33 LCA constitue un cas d'application du principe "in dubio contra assicuratorem", de sorte qu'en présence de deux interprétations également admissibles d'une clause contractuelle, il convient de rejeter celle qui est la plus favorable à l'assurance (ATF 115 II 264, JdT 1990 I 57; RBA XVII n° 46).

Pour juger si l'exigence de clarté et de précision de l'article 33 LCA est remplie, il faut donner aux mots utilisés l'acception usuelle qu'ils revêtent dans le langage quotidien, selon l'usage de la bonne foi (ATF 104 II 281; cf. aussi Bernard Viret, Droit des assurances privées, 2^{ème} éd., Zurich 1985, pp. 92 ss; Kuhn et al., Privatversicherungsrecht, 2^{ème} éd., Zurich-Bâle-Genève 2002, p. 172; Fuhrer, Kommentar zum schweizerischen Privatrecht, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, Bâle-Genève-Munich 2001, art. 33 N 103, p. 493). Ainsi, dans le domaine de la couverture maladie, la jurisprudence rendue en matière d'assurance-maladie sociale, sous l'empire de la LAMA, prescrit que les réserves de couverture doivent être précises et qu'elles ne sauraient s'étendre à toutes les maladies possibles d'un organe (RBA XVI n°41).

4. a) En l'espèce, dans le questionnaire d'admission pour l'A [redacted], du 6 décembre 2001 (recte : 2000), la demanderesse a notamment indiqué avoir souffert de problèmes intestinaux et a donné comme référence son médecin-traitant, le Dr I [redacted] à Lucerne. La défenderesse, au vu des déclarations obtenues de la demanderesse et des renseignements communiqués par son médecin-traitant, lequel a du reste indiqué, dans son rapport du 2 février 2001, que la demanderesse avait notamment souffert de la maladie de Crohn, a grevé l'A [redacted] d'une réserve de durée illimitée pour maladie de Crohn. Elle a ainsi mis sous réserve une maladie particulière des intestins et a, par là même, renoncé à imposer une maladie plus générale concernant les maladies des intestins ou concernant le diagnostic différentiel de maladie de Crohn ou de RCUH.

L'hospitalisation à la Clinique de La Lignière, du 16 juin au 2 juillet 2002, dont la prise en charge est litigieuse, avait pour objet des investigations et traitement d'une maladie inflammatoire du côlon; le diagnostic posé le 1^{er} juillet 2002 lors de la demande d'admission aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) par le Dr M [redacted], généraliste et médecin-traitant, était "maladie inflammatoire du côlon à investiguer, dénutrition, état anxio-dépressif". Dans l'anamnèse, il indiquait qu'un transit suivi n'a pas montré de lésion majeure du type maladie de Crohn. La coloscopie effectuée aux HUG, le 2 juillet 2002, indiquait que l'aspect de la muqueuse colite et du cadre colique évoquait une "colite (inflammatoire ? infectieuse ?)" et qu'il convenait dès lors d'attendre le résultat des biopsies. Le 8 juillet 2002, le Dr C [redacted] des HUG a indiqué que les biopsies du 2 juillet 2002 ont montré une colite et une éléite chronique évoquant en premier lieu une RCUH ou une maladie de Crohn. Par ailleurs, le rapport histologique des Drs R [redacted] et E [redacted], du 8 juillet 2002, a posé le diagnostic de "biopsie endoscopique, colique transverse, colique gauche et rectale: iléocolite chronique active", accompagné du commentaire suivant:

"L'ensemble des prélèvements intestinaux adressé présente une pathologie inflammatoire chronique active de même nature, et de même intensité et l'examen endoscopique ne semble pas avoir montré de muqueuse épargnée par le processus. Dans le contexte d'une maladie inflammatoire chronique de

l'intestin, cet argument plaide plutôt en faveur d'une RCUH. L'atteinte iléale qui est habituellement observée dans la maladie de Crohn peut aussi se rencontrer dans une rectocolite ulcéro-hémorragique sous la forme d'une back-watch ileitis".

b) Cela étant, et au vu des principes jurisprudentiels précités, il y a lieu d'admettre que la clause d'exclusion du risque, objet de la réserve illimitée, ne concerne que la maladie de Crohn. Or, si ce diagnostic a été posé lors d'une grossesse pathologique en février 2001, en revanche, force est de constater que, lors de l'hospitalisation litigieuse, ce diagnostic n'a pas été posé et qu'il a même été exclu à l'anamnèse; les résultats des investigations effectuées aux HUG n'ont pas non plus permis de retenir ce diagnostic avec certitude, la possibilité que l'on se trouve en présence d'une telle maladie étant simplement évoquée.

Au surplus, le fait que le Dr T à Maubeuge, ait, le 29 octobre 1996, au vu des examens effectués, hésité entre une RCUH ou une maladie de Crohn, n'est d'aucun secours pour la défenderesse, dès lors que le libellé de sa réserve ne porte que sur la maladie de Crohn.

5. En définitive, il y a lieu d'admettre que l'hospitalisation litigieuse ne tombe pas sous le coup de la réserve précitée, de sorte que la défenderesse est tenue de verser à la demanderesse ses prestations au titre de l'assurance complémentaire A

La demande est ainsi bien fondée.

6. a) La demanderesse conclut au versement d'intérêts moratoires au taux de 5 pour-cent l'an dès le 1^{er} octobre 2002.

Avant l'ouverture d'action, le 10 février 2004, elle n'a pas manifesté, à l'égard de la défenderesse, sa volonté d'obtenir paiement de l'entier des frais afférents au traitement ici en cause et mis en demeure celle-ci. Sa demande

vaut donc interpellation au sens de l'article 102 alinéa 1^{er} CO, qui dispose ce qui suit: "Le débiteur d'une obligation exigible est mis en demeure par l'interpellation du créancier". L'interpellation déploie ses effets dès sa réception par le débiteur (cf. Engel, Traité des obligations en droit suisse, 2^{ème} éd., Berne 1997, p. 685).

b) En l'espèce, la demande a été transmise à la défenderesse le mardi 9 mars 2004 par le greffe de céans, sous courrier "B". La partie est dès lors réputée l'avoir reçue le jeudi 11 mars suivant. Le dies a quo de l'intérêt est le lendemain de la notification du pli valant interpellation (Commentaire Romand du CO I – Thévenoz, art. 104 CO N 9 et les références citées). Les intérêts courent dès lors au taux annuel de 5 pour-cent l'an (article 104 alinéa 1^{er} CO) dès le 12 mars 2004.

7. A teneur de l'article 26bis LTA, des dépens peuvent être alloués au recourant qui obtient gain de cause et sont supportés par la partie intimée. Ils sont arrêtés globalement dans le jugement. La quotité des dépens dépend du droit cantonal, et leur montant doit être fixé en tenant compte du travail et de la perte de temps occasionnés par le procès.

En l'espèce, l'assurée a bénéficié des services d'un avocat, à savoir d'un mandataire dûment autorisé, qui peut se voir accorder des dépens.

Etant donné que la demande est partiellement admise, il se justifie d'allouer à la demanderesse des dépens réduits, qui s'élèvent à 1'500 francs.

**Par ces motifs,
la Présidente du Tribunal des assurances
prononce :**

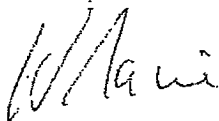
I. La demande dirigée contre la défenderesse Y Caisse-maladie est admise.

II. La défenderesse est débitrice de la demanderesse de la somme de 2'135 francs 15, avec intérêts à 5 pour-cent l'an dès le 12 mars 2004.

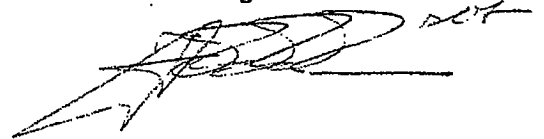
III. Y Caisse-maladie versera à X , soit à son conseil, la somme de 1'500 francs (mille cinq cents) à titre de dépens.

IV. Toutes autres ou plus amples conclusions sont rejetées.

La présidente :



Le greffier :



Du - 7 JUIL. 2005

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;

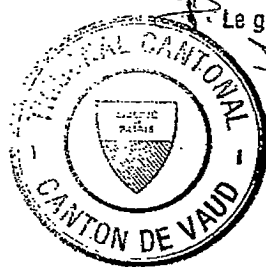
e. Le cas échéant, la demande d'assistance judiciaire (art. 152 OJF).

(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 A L'ORIGINAL

Le greffier :



Le greffier :