

FR_GERICHTE 608 2014 167 vom 2. Dezember 2015

FR Kantonsgericht, 2015-12-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2014_167

FR: FR_GERICHTE 608 2014 167 du 2 décembre 2015

IT: FR_GERICHTE 608 2014 167 del 2 dicembre 2015

Regeste

Arrêt de la IIe Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal |
Zusatzkrankenversicherung VVG

Erwägungen

E. 18

septembre 2014, la demanderesse conclut, sous suite de frais et dépens, à ce que la défenderesse soit condamnée à lui payer la somme de CHF 100'000.-, avec intérêts à 5% dès le 1er août 2009 à titre de prestations d'assurances dues jusqu'au dépôt de la demande, ainsi qu'à prendre en charge les frais de traitements futurs rendus nécessaires par l'intervention médicale assurée conformément au contrat d'assurance. Elle allègue en substance que l'intervention en Espagne a conduit à des complications médicales qui l'ont contrainte à subir un traitement et des soins dont les frais, y compris les frais de voyage, sont couverts par l'assurance conclue. Elle précise qu'elle a payé jusqu'au mois de juin 2012 une somme totale correspondant à environ CHF 56'000.- et elle ajoute que le montant final des prestations dues ne peut être établi en l'état dans la mesure où elle se trouve encore en traitement. E. Dans sa réponse déposée le 22 janvier 2015 par son mandataire, la défenderesse conclut principalement à l'irrecevabilité de la demande, subsidiairement à son rejet, sous suite de frais et dépens. La défenderesse conteste en premier lieu la compétence matérielle de la IIème Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. A cet égard, elle affirme que le désaccord qui oppose les parties n'est pas un litige en matière d'assurance complémentaire à l'assurance-maladie, mais un litige ordinaire en matière d'assurance privée. Elle relève par ailleurs que, même si le litige portait sur une assurance complémentaire à l'assurance-maladie, l'autorité compétente pour statuer serait la Cour d'appel civil du Tribunal cantonal, de telle sorte que la compétence de la IIème Cour des assurances sociales devrait également être niée. Quant au fond, la défenderesse allègue que la demanderesse a contrevenu aux obligations résultant du contrat d'assurance, notamment celles d'annoncer immédiatement le sinistre, de fournir les documents nécessaires, de se soumettre à un contrôle médical, d'invoquer prioritairement la garantie contractuelle à la charge du dentiste espagnol, de faire traiter d'abord la complication par celui-ci, d'obtenir l'accord préalable de l'assurance concernant les prestations assurées, de limiter l'importance du sinistre et de rechercher en dommages-intérêts le médecin responsable du traitement défectueux. Sur cette base, la défenderesse soutient principalement qu'elle n'est pas tenue au versement de prestations. Elle ajoute à titre subsidiaire que même si les obligations contractuelles avaient été respectées, de telles prestations seraient limitées quant à leur durée et leur importance, conformément aux conditions générales intégrées au contrat. Enfin, la défenderesse invoque le fait que les prétentions de la demanderesse sont prescrites, la demande ayant été introduite valablement le 18 septembre 2014 alors que la

déclaration de renonciation à la prescription n'était valable que jusqu'au 31 juillet 2014. Par ordonnance du 26 janvier 2015 du Juge délégué, la procédure a été limitée à la question de l'éventuelle irrecevabilité pour défaut de compétence matérielle de l'autorité saisie et à celle de l'éventuelle prescription des créances faisant l'objet des conclusions de la demande.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 7 F. Dans sa réplique du 25 février 2015 limitée aux questions susmentionnées, la demanderesse confirme d'abord sa position selon laquelle le contrat d'assurance liant les parties relève de l'assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale, ce qui fonde la compétence de la IIème Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Sur la question de la prescription, elle mentionne le fait qu'une poursuite interruptive de prescription a été introduite le 16 juillet 2014 pour un montant de CHF 100'000.-, avec intérêts à 5% dès le 1er août 2009. Dans sa duplique du 13 avril 2015 limitées aux questions susmentionnées, la défenderesse maintient que la demande est irrecevable pour défaut de compétence du tribunal saisi. Prenant acte de la poursuite introduite le 16 juillet 2014, elle renonce par contre à invoquer l'exception de prescription. G. Par courriers respectifs du 16 avril 2015 et du 23 avril 2015, les parties ont renoncé à la tenue de débats sur la question de la recevabilité de la demande. en droit 1. En application de l'art. 125 let. a du Code de procédure civile du 19 décembre 2008 (CPC; RS 272), la procédure a été limitée à la question de l'éventuelle irrecevabilité pour défaut de compétence matérielle de l'autorité saisie et à celle de l'éventuelle prescription des créances faisant l'objet des conclusions de la demande. Dans la mesure où la défenderesse a par la suite renoncé à invoquer l'exception de prescription, cette deuxième question n'a plus d'objet. Le présent arrêt est ainsi un arrêt partiel portant sur la question de la recevabilité de la demande. 2. a) Selon l'art. 7 CPC, les cantons peuvent instituer un tribunal qui statue en tant qu'instance cantonale unique sur les litiges portant sur les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale selon la loi fédérale du 8 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10). Le canton de Fribourg a fait usage de cette possibilité, dès lors qu'il a soumis ces litiges à la compétence du Tribunal cantonal (art. 53 al. 1 de la loi sur la justice du 31 mai 2010; LJ; RSF 130.1). En l'espèce, est litigieux le point de savoir si le contrat qui lie les parties a pour objet une telle assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale, au sens des art. 7 CPC et 53 al. 1 LJ. b) Le CPC ne définit pas ce qu'il faut entendre par assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale. Le Message est muet sur cette question, dès lors que l'art. 7 CPC ne figurait pas dans le projet du Conseil fédéral et a été ajouté lors des débats au Chambres (Bulletin Officiel CN 2008 p. 631/644; CE 2008 724/725). La notion n'est toutefois pas nouvelle. Elle figurait déjà à l'ancien art. 85 de la loi fédérale du 17 décembre 2004 sur la surveillance des entreprises d'assurance (LSA; RS 961.01) qui prévoyait une procédure, gratuite, simple et rapide, soumise à la maxime inquisitoire, pour "les contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie". Cette gratuité a été reprise dans le CPC, aux art. 113 al. 2 lit. f et 114 lit. e. La jurisprudence et les commentaires relatifs à l'art. 85 aLSA peuvent donc être en partie transposés, s'agissant notamment de définir exactement les causes visées (TAPPY, in CPC Commenté, Bâle 2011, art. 113 N 10; arrêt TC FR 101 2011 330 du 19 mars 2012 consid. 2c).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 7 c) L'assurance-maladie sociale comprend l'assurance obligatoire des soins et une assurance facultative d'indemnités journalières (art. 1a al. 1 LAMal). Selon l'art. 11 LAMal, elle est gérée tant par les caisses maladies au sens de l'art.

12 LAMal que par les entreprises d'assurance privées soumises à la loi du 17 décembre 2004 sur la surveillance des assurances (LSA), pratiquant l'assurance-maladie et bénéficiant de l'autorisation prévue à l'art. 13 LAMal. La notion d'assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale ressort de l'art. 12 al. 2 LAMal qui énonce que les caisses maladie ont le droit de pratiquer, en plus de l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal, des assurances complémentaires ainsi que d'autres branches d'assurance, aux conditions et dans les limites fixées par le Conseil fédéral. A teneur de l'art. 12 al. 3 LAMal, de telles assurances sont régies par la loi du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA; RS 221.229.1). Les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale peuvent être souscrites auprès d'un autre assureur que celui avec lequel a été conclue l'assurance-maladie sociale. Il n'existe pas de corrélation entre le régime juridique applicable au rapport d'assurance et le statut particulier de l'institution d'assurance partie à ce rapport, le statut des assurances complémentaires étant, matériellement, le même, que celles-ci soient pratiquées par des caisses-maladie ou par des compagnies d'assurance privées. L'identité de l'assureur n'est dès lors pas un critère permettant de déterminer si le contrat d'assurance conclu est une assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale ou si tel n'est pas le cas (arrêt TC VD du 24 juin 1998 in JdT 1999 III 106/122 consid. 4e et 4f; arrêt TC FR 101 2001 30 du 19 mars 2012 consid. 2d, 2e). Le Tribunal fédéral a confirmé récemment cette approche en retenant notamment que si un canton institue en vertu de l'art. 7 CPC un tribunal qui statue en tant qu'instance cantonale unique sur les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale selon la LAMal, il ne peut alors réserver la compétence de cette instance aux seuls cas où l'assureur est une caisse-maladie au sens de l'art. 12 LAMal, et exclure les litiges relatifs aux assurances complémentaires conclues avec d'autres assureurs au sens de l'art. 13 LAMal (arrêt TF du 20 octobre 2015 dans la cause 4A_214/2015 consid. 2.1). d) Les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale sont celles qui présentent un lien immédiat avec l'assurance-maladie sociale ou, autrement dit, celles dont la vocation est de compléter le catalogue des prestations assurées selon la LAMal (arrêt TC FR 101 2011 330 du 19 mars 2012 consid. 2e). Selon la doctrine de telles prestations complémentaires peuvent notamment concerner les lentilles de contact et les lunettes, la promotion de la santé, la prévention (p. ex. cours de fitness), des médicaments non remboursés par l'assurance obligatoire des soins, les médecines alternatives, des frais de voyage pour traitement à l'étranger, une psychothérapie par un thérapeute qui n'est pas médecin, l'assistance aux personnes (frais de sauvetage et de rapatriement), le transport par ambulance, les traitements des dents et du système masticatoire non pris en charge par l'assurance obligatoire des soins, des prestations médicales à l'étranger, des séances supplémentaires de physiothérapie ou une stérilisation dans un but de planning familial (VOCK, in Basler Kommentar, Schweizerische Zivilprozessordnung, 2010, n° 4 ad art. 7 CPC et la référence citée). Les entreprises d'assurance privées développent fréquemment des produits d'assurance qui combinent des prestations qui relèvent de l'assurance complémentaire à l'assurance maladie sociale au sens de ce qui précède et des prestations étrangères à celle-ci. De telles assurances combinées peuvent encore être qualifiées d'assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale lorsque les prestations en lien avec celle-ci sont clairement plus importantes et constituent

Tribunal cantonal TC Page 6 de 7 ainsi l'objet principal du contrat (voir arrêt Tribunal des assurances SG KV-Z 2013/8 du 16 octobre 2013 consid. 2.3 et les références citées). e) En l'espèce, tant la défenderesse que les sociétés d'assurance qui l'ont précédée en tant que

partie au contrat d'assurance collective conclu avec le preneur d'assurance ne sont pas des caisses-maladie au sens de l'art. 12 LAMal, mais des entreprises d'assurance privées. Conformément à la jurisprudence rappelée ci-dessus, cette qualification est toutefois sans incidence pour déterminer si l'assurance en question est une assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale. Quant aux prestations en cause, la couverture d'assurance accordée à la demanderesse en vertu du contrat d'assurance collective porte essentiellement sur une assistance en cas de complications, soit le rapatriement avec ou sans accompagnement médical, et sur la prise en charge des frais médicaux supplémentaires pour le traitement de complications suite au traitement initial (voir conditions générales, aperçu des prestations d'assurance, pièce 3 du bordereau de la demande). L'évènement assuré est, en résumé, la complication médicale nécessitant une intervention, un traitement ou des soins médicaux particuliers survenus après l'intervention ou le traitement médical de type soins dentaires ou correction chirurgicale de la vision mentionné sur la confirmation de réservation ou la facture du preneur d'assurance (voir conditions générales, ch. 2.1). La prestation d'assistance en cas de complication consiste en quatre alternatives, soit le transport au centre hospitalier le plus proche adapté à l'état de santé de l'assuré, le rapatriement sous surveillance médicale dans une centre hospitalier proche du domicile de l'assuré, le rapatriement sans accompagnement médical jusqu'au domicile de l'assuré ou le rapatriement du corps en cas de décès (voir conditions générales, ch. 2.2). La prise en charge des frais médicaux supplémentaires est en particulier subsidiaire à celle des assurances sociales et d'autres assurances et aux droits de garantie que l'assuré peut faire valoir contre l'établissement médical, le médecin ou le dentiste qui a effectué l'intervention (voir conditions générales, ch. 4). Il ressort de ce qui précède que, pour l'essentiel, les prestations prévues par l'assurance en question couvrent des risques concernant la santé de l'assurée, plus particulièrement en lien avec une intervention dentaire réalisée dans une clinique à l'étranger. Il doit dès lors être admis qu'une telle assurance complète le catalogue des prestations de l'assurance obligatoire des soins, au même titre qu'une assurance prévoyant la prise en charge du traitement dentaire lui-même, en Suisse ou à l'étranger, avec ou sans les frais de transport liés à ce traitement. Il y a dès lors lieu de constater que, même si l'assurance contient également des éléments accessoires étrangers à l'assurance-maladie, en particulier la prise en charge du rapatriement du corps en cas de décès, son objet principal est la couverture de prestations complémentaires à celles prévues par la LAMal. Cette assurance doit dès lors être qualifiée d'assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale au sens de l'art. 7 CPC, de telle sorte que la compétence du Tribunal cantonal pour statuer en instance unique dans la présente cause est reconnue. 3. a) La IIème Cour d'appel civil du Tribunal cantonal a connu des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale selon la LAMal (art. 1b al. 2 de l'Annexe 1 du Règlement provisoire du Tribunal cantonal du 20 décembre 2007) jusqu'au 1er janvier 2013, date de l'entrée en vigueur du Règlement du Tribunal cantonal du 22 novembre 2012 précisant son organisation et son fonctionnement (RTC; RSF 131.11; ROF 2012_133) qui a confié cette compétence à la IIème Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 7 b) Il en résulte que la IIème Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer dans la présente cause. La demande du 18 septembre 2014 est ainsi recevable. 4. a) Conformément à l'art. 114 let. e CPC, il n'est pas perçu de frais judiciaires. b) Il sera statué sur les dépens dans le jugement final, de telle sorte qu'il y a lieu de les réserver. la Cour arrête: I. La demande est recevable. II. Il n'est

pas perçu de frais judiciaires. III. Les dépens sont réservés. IV. Communication. Cet arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière civile au Tribunal fédéral dans les trente jours qui suivent sa notification. La qualité et les autres conditions pour interjeter recours sont déterminées par les art. 72 à 77 et 90 ss de la loi sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF). L'acte de recours motivé doit être adressé au Tribunal fédéral, 1000 Lausanne 14. Fribourg, le 2 décembre 2015/msu Président Greffier-stagiaire

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.