

NE_GERICHTE CCC.1998.7400 vom 23. März 1998

NE Tribunal cantonal, 1998-03-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CCC.1998.7400

FR: NE_GERICHTE CCC.1998.7400 du 23 mars 1998

IT: NE_GERICHTE CCC.1998.7400 del 23 marzo 1998

Volltext

A. A. est affilié auprès de X. depuis le 1er janvier 1992. En 1995, il se trouvait au bénéfice de l'assurance obligatoire des soins et de trois couvertures complémentaires.

Du 16 au 21 février 1995, A., alors domicilié à Reinach (AG), s'est trouvé en traitement à l'Hôpital psychiatrique de Cery (VD). Les frais de ce traitement ont été fixés à 4'276 francs.

B. Par courrier du 12 mai 1995, la recourante a informé l'intimé qu'en application de l'article 5 al.6 de ses conditions générales d'assurance, seules les prestations minimales légales seraient accordées, à savoir le forfait de la division commune d'un hôpital psychiatrique du canton de domicile, soit 108 francs par jour tout compris. Elle ne serait ainsi tenue de ne payer que 648 francs (6 x 108 francs).

C. Conventionnellement tenue envers l'Hôpital psychiatrique de Cery de s'acquitter de la totalité des frais de traitement, la recourante lui a versé 4'276 francs.

Par décompte du 31 décembre 1996, elle a demandé la restitution de 3'688 francs à l'intimé. L'assuré ayant contesté cette facture, X. lui a expliqué par courrier du 16 avril 1997 les raisons pour lesquelles elle demandait la restitution d'une partie des frais du traitement de 1995.

Dans le même courrier, la recourante indiquait à l'assuré :

"Si vous estimez que les présentes lignes lèsent vos droits, vous pouvez ouvrir action auprès du tribunal compétent pour connaître des litiges en matière d'assurances complémentaires (...). La République et Canton de Neuchâtel a confié cette tâche au Tribunal de District, quelle que soit la valeur litigieuse (...)."

Par requête du 2 mai 1997, l'intimé a saisi le Tribunal civil du

district du Val-de-Ruz en prenant la conclusion suivante : "Je me permets de contester les factures de mon assureur car les raisons invoquées par celle-ci (sic) sont abusives."

Dans sa réponse du 7 juillet 1997, la défenderesse a conclu au rejet de la demande et à la constatation que la caisse était fondée à limiter ses prestations au forfait applicable en division générale d'un hôpital psychiatrique du canton d'Argovie pour le séjour de A. à l'Hôpital psychiatrique de Cery du 16 au 21 février 1995.

D. Le 28 octobre 1997, le Tribunal civil du district du Val-de-Ruz a rendu le jugement suivant :

"1. Dit que la caisse d'assurance maladie et accident X. n'était pas, au sens de l'article 5 al.6 de ses conditions générales d'assurance, fondée à limiter ses prestations au forfait applicable en division générale d'un hôpital psychiatrique du canton d'Argovie pour le séjour de A. à l'Hôpital psychiatrique de Cery du 16 au 21 février 1995.

2. Statue sans frais."

E. La recourante conclut à l'annulation du jugement entrepris et à la constatation qu'elle était fondée à limiter ses prestations au forfait applicable pour un séjour dans un hôpital psychiatrique du canton d'Argovie pour le séjour de A. du 16 au 21 février 1995 à l'Hôpital psychiatrique de Cery, cela en application de ses conditions générales d'assurance et dans la mesure où l'hospitalisation de l'intimé était en relation avec la consommation d'alcool.

Ni le président du Tribunal civil du district du Val-de-Ruz ni l'intimé ne formulent d'observations.

C O N S I D E R A N T

1. Interjetés dans les formes et délai légaux, le recours est recevable.

2. a) Aux termes de l'article 103 al.1 LAMal, les prestations d'assurance pour les traitements effectués avant l'entrée en vigueur de la présente loi sont allouées d'après l'ancien droit. La LAMal est entrée en vigueur le 1er janvier 1996, soit postérieurement au traitement litigieux. Ce sont donc les règles de la LAMA, en vigueur jusqu'au 31 décembre 1995

qui s'appliquent au fond du présent litige.

En revanche, la LAMal ne contient pas de dispositions transitoires qui déterminent si ce sont les règles de la procédure de l'ancienne ou de la nouvelle loi qui s'appliquent à un litige qui se déroule après l'entrée en vigueur du nouveau droit, mais qui a pour objet des traitements effectués avant le 1er janvier 1996. En effet, l'article 102 al.2 LAMal n'a trait qu'au droit matériel. Or, selon un principe général du droit de procédure, les nouvelles règles de procédure doivent être appliquées dès leur entrée en vigueur, à défaut de dispositions spéciales du droit transitoire (ATF 111 V 47; arrêt du Tribunal cantonal des assurances du canton de Vaud du 22 octobre 1996, SVR 1997, KV, No 94; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd, p.53).

Comme le présent litige a au surplus pris forme dès la communication de la position définitive de la recourante le 16 avril 1997, soit après la période transitoire d'une année prévue à l'article 102 al.2 LAMal, il se justifie d'autant plus d'appliquer les nouvelles dispositions de procédure.

b) La nouvelle loi sur l'assurance-maladie distingue, à son article 12, l'assurance-maladie sociale et les assurances complémentaires. La procédure de l'assurance-maladie sociale est régie par les articles 80ss LAMal qui prévoient que l'assuré peut demander à la caisse-maladie de rendre une décision au sens formel. Celle-ci peut être attaquée par voie d'opposition auprès de l'assureur qui l'a notifiée. Ensuite, les décisions rendues sur opposition peuvent faire l'objet d'un recours de droit administratif devant le tribunal cantonal des assurances. A Neuchâtel, c'est le Tribunal administratif qui remplit cette fonction (art.3 al.1 de l'arrêté du 14 février 1996 fixant la procédure en matière de contestations relatives à l'assurance-maladie sociale et aux assurances complémentaires). La voie de droit est donc celle de la décision. En revanche, la procédure en matière d'assurances complémentaires, soumises à la loi sur le contrat d'assurance, est celle de l'action (art.47 de la loi fédérale sur la surveillance des institutions d'assurance privées). A Neuchâtel, la compétence de trancher des litiges en matière d'assurances complémentaires a été attribuée aux tribunaux de district quelle que soit la valeur liti-

gieuse (art.43 de la loi cantonale d'introduction de la loi fédérale sur l'assurance maladie; art.14ss de l'arrêté précité).

La LAMA distinguait déjà entre prestations minimales et complémentaires. Les premières, relevant de l'assurance dite de base, étaient imposées par la loi, les secondes découlaient principalement des statuts et des conditions générales des caisses-maladie. A la différence du système actuel, le rapport d'assurance-maladie était soumis en son entier aux règles de la LAMA. Il en découlait une unité de procédure et de juridiction (ATF 108 V 42; Spira, Le contentieux de la nouvelle assurance maladie, Sécurité sociale 1995, p.258).

c) En l'espèce, la juridiction civile est donc compétente pour autant que le litige ait trait à des prestations relevant de l'assurance complémentaire. Selon l'article 19bis LAMA, la caisse doit prendre en charge les frais d'un traitement en salle commune de l'établissement situé au lieu de résidence de l'assuré ou dans les environs. Les articles 5 et 6 des conditions spéciales d'assurance "BASIS" de la recourante prévoient la prise en charge de ces frais. Au moment de l'hospitalisation litigieuse, l'intimé avait sa résidence dans le canton d'Argovie. Selon l'avis d'entrée, il venait en effet de son domicile et il s'agissait d'une entrée volontaire. Comme le présent litige porte sur la part des frais de traitement qui dépasse le tarif d'un traitement en chambre commune dans un établissement psychiatrique du canton d'Argovie, donc sur des prestations complémentaires, la procédure applicable est celle des articles 14 ss de l'arrêté du 14 février 1996. Le Tribunal civil du district du Val-de-Ruz était ainsi compétent. Il convient cependant de relever qu'il eût appartenu à la recourante d'ouvrir action et non à l'assuré, car c'est la caisse qui émet des prétentions en remboursement. C'est ainsi à tort qu'elle a incité son assuré, par son courrier du 16 avril 1997, à agir en quelque sorte en libération de dette par une action en constatation négative. Dans le cadre d'une telle action, le fardeau de la preuve est renversé : il appartient à la partie défenderesse de prouver l'existence de sa créance. En l'espèce, il incombait donc à la recourante de prouver le bien-fondé de sa prétention en remboursement.

3. a) En matière d'assurances complémentaires, les prestations de

la caisse sont définies par ses statuts et ses conditions d'assurance. Les caisses ont ainsi la faculté d'exclure certains risques de leurs prestations. L'article 5 ch.6 des conditions générales d'assurance de la recourante prévoit que "le droit à une indemnisation est limité aux seules prestations minimales légales pour tous les traitements et mesures médicales liés à la consommation d'alcool ou à l'usage de stupéfiants."

b) En l'espèce, le premier juge a constaté que l'hospitalisation de l'intimé n'était pas directement liée à une consommation excessive d'alcool, mais à des troubles psychiatriques, dont son penchant pour l'alcool n'était qu'un symptôme parmi d'autres. Il s'agit-là d'une constatation de fait, qui lie la Cour de cassation, sauf arbitraire (art.415 al.1 litt.b CPC; art.16 de l'arrêté précité a contrario). Or, la constatation du premier juge n'est manifestement pas arbitraire. En effet, l'avis d'entrée au médecin conseil fait état d'une affection psychiatrique et les trois rapports médicaux déposés par les parties, tout en diagnostiquant une forte alcoolisation, parlent également de troubles de la personnalité. A cet égard, le rapport du 10 avril 1995 est révélateur. Il décrit en détail les problèmes d'ordre psychologique de l'intimé et relève que ce dernier s'est adressé à l'hôpital pour chercher de l'aide. A cela s'ajoutent les autres indices déjà soulignés par le premier juge : la durée du traitement, la nature des médicaments administrés et le renvoi à une clinique psychiatrique du canton de domicile de l'intimé pour suivi médical.

c) Il convient d'examiner si une hospitalisation qui n'est pas directement liée à la consommation excessive d'alcool, mais à des troubles psychologiques, est un traitement lié à la consommation d'alcool au sens de l'article 5 al.6 des conditions générales d'assurance de la recourante. L'interprétation d'une clause de conditions générales d'assurance relève du droit; la Cour peut ainsi l'examiner librement (v.ATF 119 II 451 cons.3a, 118 II 365 cons.1, en matière de contrats; ATF 115 II 325 cons.1a, 103 II 92 cons.3a, en matière de dispositions pour cause de mort, ATF 93 II 444 cons.2 en matière d'acte de fondation). Les conditions générales d'assurance de la recourante ne définissent pas ce qu'il faut entendre par un traitement lié à la

consommation d'alcool. En particulier, elles ne disent pas si ce terme englobe seulement les mesures médicales nécessitées directement par une consommation excessive d'alcool ou si des traitements causés par d'autres problèmes, dont l'alcoolisme n'est qu'un symptôme, sont également visés. Selon un principe général de droit, les clauses obscures ou ambiguës sont interprétées en défaveur de leur rédacteur (ATF 87 II 234). Une interprétation raisonnable, conforme au principe susmentionné, permet de restreindre la notion de traitement lié à la consommation d'alcool en ce sens que ce terme n'englobe pas une hospitalisation qui n'est pas directement liée à la consommation excessive d'alcool mais à d'autres causes, telles des troubles psychiatriques. Le premier juge n'a donc pas faussement appliqué le droit en interprétant comme il l'a fait l'article 5 ch.6 des conditions générales d'assurance de la recourante.

4. A titre subsidiaire, la recourante invoque l'article 5 ch.5 de ses conditions générales d'assurance. Or, il n'apparaît nulle part dans le dossier que ce moyen aurait déjà été invoqué dans la procédure devant le tribunal de district. Par ailleurs, la recourante ne reproche pas au premier juge de ne pas l'avoir examiné. Dans ces conditions, force est d'admettre que le moyen tiré de l'article 5 ch.5 des conditions générales d'assurance a été soulevé pour la première fois en cassation; il est donc irrecevable (RJN 1988, p.39; 7 I 322; 2 I 212).

5. Au vu de ce qui précède, le recours est mal fondé. N'ayant pas procédé, l'intimé n'a pas droit à des dépens. La procédure est gratuite (art.17 de l'arrêté précité).

Par ces motifs

LA COUR DE CASSATION CIVILE

1. Rejette le recours.

2. Statue sans frais.

Neuchâtel, le 23 mars 1998

AU NOM DE LA COUR DE CASSATION CIVILE

Le greffier

L'un des juges