

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Jugement du 5 janvier 2011

Présidence de M. JOMINI
Juges : M. Michellod et Mme Di Ferro Demierre
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

B.T._____, à Lausanne, et **H.**_____, à Vevey, héritiers de A.T._____,
demandeurs,

et

W._____ Caisse-maladie, à Lausanne, défenderesse.

Art. 12 al. 3 LAMal et 33 LCA

E n f a i t :

A. Feu A.T. _____ (ci-après: l'assuré), né en 1920, quand vivait exerçant la profession d'avocat à [...], était au bénéfice de plusieurs polices d'assurance complémentaire auprès de W. _____ Caisse-maladie (ci-après: W. _____ ou la caisse). Jusqu'en 1999, il était notamment couvert par l'assurance [...]. Le 19 novembre 1998, la W. _____ a adressé à son assuré un courrier qui avait notamment la teneur suivante:

"Nous nous référons à votre lettre du 27 octobre 1998 et avons le plaisir de vous remettre, ci-joint, une proposition d'assurance pour la classe suivante:

[...] (classe X4)
Accidents inclus

Assurance complémentaire pour
l'hospitalisation en division privée avec
choix limité d'établissements, avec
différentes franchises annuelles à choix.

Nous vous remettons, en annexe, la nouvelle liste des cliniques signataires des conventions relatives à l'hospitalisation avec choix limité d'établissements, selon la proposition précitée.

Cependant, nous vous informons que conformément à l'art. 2 al. 5 des conditions spéciales de l'assurance complémentaire des frais d'hospitalisation, édition 1999, le passage à une franchise plus basse, respectivement la suppression de la franchise n'est possible qu'après 3 ans d'appartenance à la variante choisie en dernier lieu et moyennant un délai de préavis d'une année pour le premier jour d'une année civile.

Nous vous remercions de bien vouloir compléter les avis de mutation et nous les retourner, dûment datés et signés en cas d'accord de votre part, au moyen de l'enveloppe réponse annexée."

L'assuré a paraphé l'avis de mutation le 2 décembre 1998, avec effet au 1^{er} janvier 1999.

L'art. 2 al. 1 des conditions spéciales de l'assurance complémentaire [...], dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 1999, prévoyait que la couverture d'assurance s'étendait aux frais en division privée des établissements publics ou privés ayant conclu un accord tarifaire préférentiel avec la caisse. L'art. 2 al. 6 de ces mêmes conditions spéciales précisait que la caisse remettait la liste des établissements agréés à ses assurés ayant choisi l'une des variantes d'assurance

complémentaire des frais d'hospitalisation proposées. Il était également mentionné que cette liste était mise à jour périodiquement.

La liste des fournisseurs de soins agréés en vigueur dès les 1^{er} juillet 2004 et 2005 ne comprend pas la clinique M._____ à [...].

Victime d'un accident sur son lieu de travail le 26 avril 2005, l'assuré a séjourné à l'hôpital de la Z._____ à [...], du jour de l'accident au 10 mai 2005. Souffrant d'une fracture de l'humérus droit et de lésions des nerfs de l'épaule et du bras droits, il a été hospitalisé en chambre privée, la W._____ s'étant acquittée des frais de traitement et d'hospitalisation, sous réserve de la participation.

Le 10 mai 2005, l'assuré est entré à la clinique M._____ à [...] où il est demeuré jusqu'au 21 juin 2005. Le coût de cette hospitalisation s'élève à 6'880 francs.

En juillet 2005, l'assuré a requis de la W._____ le remboursement de ce montant. Le 25 juillet 2005, la W._____ a répondu en ces termes à son assuré:

"Votre lettre du 12 juillet 2005, concernant votre hospitalisation à la clinique de M._____ du 10 au 31 mai 2005, nous est bien parvenue et son contenu a retenu notre meilleure attention. Préalablement, nous tenons à saluer ici votre fidélité et profitons de cette occasion pour vous en remercier. Effectivement il existe une convention passée entre les caisses-maladie et la clinique M._____ mais le supplément de CHF 100.- par jour pour chambre privée ne nous est pas applicable puisque nous ne possédons pas le produit y relatif. Après avoir séjourné en division des soins aigus à l'hôpital Z._____, site du [...], du 26 avril au 10 mai 2005, vous avez été transféré à la clinique M._____ pour un séjour de réhabilitation le 10 mai 2005. Les séjours de réadaptation constituant l'un des risques exclus de l'assurance privée, selon l'art. 9 lit. F de nos conditions spéciales d'assurance (copies annexées), nous avons garanti votre séjour à la clinique susnommée en division générale au titre de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Vu ce qui précède nous estimons avoir satisfait à nos obligations légales et contractuelles et ne pouvons que confirmer notre position du 11 mai 2005, dont nous vous remettons une copie en annexe."

Le 16 mars 2006, la W._____ a notamment précisé ce qui suit en relation avec son refus de prise en charge des frais de l'hospitalisation:

"[...]

Il est à noter que selon la planification hospitalière vaudoise la mission de réadaptation a été dévolue à la clinique M._____ et que par ailleurs cette dernière n'a reçu aucune autorisation de pratiquer des soins aigus. Enfin, elle ne figure pas sur la liste des établissements hospitaliers ayant conclu un accord tarifaire préférentiel en vertu de l'art. 2, al. 1 des conditions de l'assurance privée - classe X04, choix limité d'établissements, conditions qui font partie intégrante de votre contrat d'assurance. Rappelons à ce sujet que vous avez modifié votre couverture d'assurance au premier janvier 1999 en choisissant le produit précité, votre signature du 2 décembre 1998 sur le document que nous joignons à la présente en faisant foi.

Cette modification n'est donc pas unilatérale, vous l'avez choisie. Nous vous remettons par la même occasion les conditions d'assurance que vous avez reçues à l'époque, conditions toujours valables actuellement.

Votre séjour à la clinique M._____ a donc été pris en charge au titre de l'assurance obligatoire des soins et dans le cadre de la convention en vigueur, ceci conformément aux dispositions de l'art. 42 de la loi sur l'assurance maladie.

L'assurance privée que vous avez souscrite n'a pas été mise à contribution puisque l'article 9, lit f des conditions précitées prévoit que le séjour de réadaptation constitue l'un des risques exclus de cette assurance.

[...]"

L'assuré et l'entreprise E._____ SA, contre laquelle une demande en paiement des frais d'hospitalisation en cause avait également été déposée, ont transigé en cours de procédure, E._____ SA versant un montant de 5'000 francs.

B. Par demande du 26 février 2007, A.T._____ ouvre action devant le Tribunal cantonal des assurances, concluant à ce que W._____ lui doit paiement des sommes de 1'880 fr. avec intérêt à 5% l'an dès le 23 novembre 2006 et 461 fr. , valeur échue.

Dans sa réponse du 18 avril 2007, W._____ conclut au rejet de la demande.

Le demandeur réplique le 20 juin 2007 et, le 4 septembre 2007, la défenderesse duplique en maintenant ne pas avoir à prendre en charge la part de frais relative à l'hospitalisation en division privée à la clinique M._____.

Le demandeur est décédé le 13 mai 2008. Par courrier du 5 février 2009, la fille du défunt, Me H._____ informe le tribunal que les héritiers légaux, soit elle-même et son frère B.T._____ ont accepté la succession et que dès lors la procédure engagée à l'encontre de la W._____ peut reprendre son cours. Dans sa lettre du 24 février 2009, la W._____ fait part de son étonnement s'agissant de la qualité pour agir de B.T._____. La défenderesse soutient que le souhait de B.T._____ de continuer la procédure alors ouverte ne ressort pas clairement du courrier du 5 février 2009 précité.

E n d r o i t :

1. a) La présente contestation relève du contentieux en matière d'assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale, dans le cadre d'un contrat individuel régi par la LCA (loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance, RS 221.229.1). Le contrat d'assurance dont il est question en l'espèce n'est donc pas soumis à la LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, RS 832.10). S'agissant d'une assurance complémentaire selon l'art. 12 al. 2 LAMal, il est régi par le droit des assurances privées, soit par la LCA (art. 12 al. 3 LAMal).

b) En 2007 et ce jusqu'au 31 décembre 2008, le contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie était la compétence du Tribunal cantonal des assurances (cf. art. 1 du décret du Grand Conseil du 20 mai 1996 relatif à l'attribution au Tribunal cantonal des assurances de la compétence du contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie [DTAs-AM, RSV 173.431]). A compter du 1^{er} janvier 2009, le contentieux visé par ce décret est devenu la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (cf.

JdT 2009 III 43). Au 1^{er} janvier 2011 le DTAs-AM a été abrogé dans le cadre de la mise en œuvre du nouveau CPC (Code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272) (cf. art. 1 du décret du Grand Conseil du 16 décembre 2009 abrogeant celui du 20 mai 1996 relatif à l'attribution au Tribunal cantonal des assurances de la compétence du contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie, RSV 173.431). La cause, valablement introduite en la forme, ressortit à la compétence de la Cour de céans.

c) La procédure a été ouverte par feu A.T._____, selon demande du 26 février 2007; après le décès du prénommé, ses héritiers ont été interpellés sur la suite à donner à la procédure engagée. En l'occurrence, la déclaration de Me H._____ indiquant que les héritiers avaient accepté la succession est suffisante, à ce stade, pour admettre que ceux-ci ont pris la place du demandeur initial.

2. 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 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 (Brulhart, Droit des assurances privées, Berne 2008, n. 260 ss p. 118 et n. 813 p. 364).

Dans la pratique, les conditions d'assurances forment le contenu ordinaire et typique du contrat d'assurance; elles se subdivisent en conditions générales (CGA) (Brulhart, op. cit., n. 263 ss p. 120) et en conditions particulières, lesquelles font partie intégrante du contrat (Brulhart, op. cit., n. 67 p. 32). 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) ainsi que des dispositions qui ne peuvent être modifiées au détriment du preneur d'assurance ou de l'ayant droit (art. 98).

En l'espèce, l'art. 1 des CGA prévoit expressément qu'à défaut de disposition contractuelle, la LCA est applicable.

3. a) La défenderesse fait en premier lieu valoir que l'établissement de M._____ à [...] dans lequel a séjourné feu le demandeur ne figurait pas dans la liste hospitalière des établissements ayant conclu un accord tarifaire préférentiel en vertu de l'art. 2 al. 1 des conditions particulières de l'assurance privée [...] - classe X04.

A titre préalable et ainsi que l'a souligné la défenderesse il importe de préciser que les soins de base prodigués lors du séjour à la clinique M._____ ont été pris en charge au titre de l'assurance obligatoire des soins de sorte que n'est pas litigieuse en l'espèce, la question des prestations fournies sous l'assurance de base.

L'art. 2 al. 1 des conditions spéciales d'assurance applicables à la couverture complémentaire [...] (classe X4/Y4), dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 1999, prévoit "la couverture des frais en division privée des établissements publics ou privés ayant conclu un accord tarifaire préférentiel avec la caisse". L'art. 2 al. 6 de ces conditions particulières d'assurance prévoit que la caisse remet régulièrement la liste des établissements parmi lesquels ils peuvent choisir aux assurés.

Il ressort des pièces au dossier que la défenderesse a édicté une liste exhaustive des établissements agréés pour ses assurés. Cette liste a été modifiée à plusieurs reprises. A la lecture du dossier, la clinique M._____ n'y a jamais figuré et n'y figurait en tous les cas pas en 2005. L'argument avancé par la défenderesse appert par conséquent fondé, de sorte qu'à ce stade de l'examen, les conclusions de la demande pourraient s'en trouver rejetées.

b) Dans sa réplique du 20 juin 2007, feu le demandeur a soutenu avoir été trompé par son assureur en ce sens qu'il n'aurait pas compris que le changement de couverture de " [...]" à " [...]" limitait les possibilités de soins.

Un tel argument ne résiste pas à l'examen dans la mesure où le demandeur exerçait de son vivant la profession d'avocat et que par conséquent c'est certainement après une lecture attentive des documents remis par son assureur et en toute connaissance de cause qu'il a paraphé l'avis de mutation du 2 décembre 2008 désirant ainsi son passage, au début 1999, à la couverture " [...]".

En outre, le fait que feu le demandeur ait été hospitalisé en privé à l'hôpital de la Z. _____ à [...] n'impliquait nullement qu'il le soit également à la suite de son transfert à la clinique M. _____ à [...]. Ainsi que la défenderesse l'a souligné à raison dans sa duplique, le demandeur aurait parfaitement pu demander à être placé en division commune, le temps de se renseigner auprès de la caisse sur l'étendue de la couverture de son assurance privée complémentaire " [...]". Quoiqu'il en soit, le fait de ne pas avoir été en possession des CGA et de la liste des établissements agréés au moment de son transfert, ne justifie en rien la négligence commise par le demandeur. Ce dernier se devait si nécessaire de prendre tous renseignements utiles sur sa couverture d'assurance au moment de son transfert.

En l'occurrence, feu le demandeur était donc lié par les conditions spéciales d'assurance de la couverture " [...]" et par la liste des établissements agréés qui en constitue l'annexe.

c) Cela étant, on peut au surplus déterminer si le libellé de ces dispositions contractuelles est d'une précision suffisante pour être opposable à l'assuré au regard des principes généraux régissant l'interprétation des déclarations de volonté. Est déterminant à cet effet le principe dit de l'inhabituel, s'agissant notamment de la règle "in dubio contra stipulatorem" (Unklarheitsregel), soit "in dubio contra assicuratorem" (ATF 124 III 155 consid. 1b, 122 III 118 consid. 2d, 121 III 414, 119 II 443 consid. 1, 118 II 342 consid. 1a, 116 II 189 consid. 2).

L'art. 2 al. 1 des conditions spéciales d'assurance applicables à la couverture complémentaire [...] (classe X4/Y4) est clair et exempt de toute équivoque; il en va par ailleurs à l'identique de la liste hospitalière des établissements ayant conclu un accord tarifaire préférentiel fondée sur la norme contractuelle en question. La limitation du risque couvert satisfait ainsi, dans la précision de son libellé, aux exigences déduites de l'art. 33 LCA. Ce libellé ne peut être compris autrement que comme une exclusion de principe de toutes prestations à raison de soins dispensés par un fournisseur non agréé. Cette exclusion ne contrevient au surplus à aucune des dispositions impératives ou relativement impératives énoncées aux art. 97 et 98 LCA.

Au vu de ce qui précède, il appert superflu à la Cour de céans d'examiner la notion de réhabilitation du séjour passé à la clinique M._____.

4. En définitive, mal fondées, les prétentions formulées dans la demande doivent être rejetées dans leur entier.

Il ne sera pas perçu de frais de justice, la procédure étant gratuite pour les parties (cf. ancien art. 85 al. 3 LSA [loi fédérale sur la surveillance des entreprises d'assurance du 17 décembre 2004, RS 961.01] en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 et abrogé lors de l'entrée en vigueur du CPC au 1^{er} janvier 2011). En l'espèce la défenderesse, bien qu'obtenant gain de cause n'a pas droit à des dépens, faute pour elle d'avoir consulté un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts (art. 55 al. 1 LPA-VD [loi cantonale vaudoise sur la procédure administrative du 28 octobre 2008, RSV 173.36] a contrario, applicable par renvoi de l'art. 109 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Les conclusions de la demande du 26 février 2007 contre W._____ Caisse-maladie sont rejetées.
- II. Toutes autres ou plus amples conclusions sont rejetées.
- III. Il n'est pas perçu de frais ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

Le jugement qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me H._____ pour les demandeurs,
- W._____ Caisse-maladie,

par l'envoi de photocopies.

Un recours au sens des art. 319 ss CPC peut être formé dans un délai de 30 jours dès la notification du présent jugement en déposant au greffe du Tribunal cantonal un mémoire écrit et motivé. Le jugement objet du recours doit être joint.

Le greffier :