

COUR D'APPEL CIVILE

Arrêt du 8 mai 2012

Présidence de M. COLOMBINI, président
Juges : M. Giroud et Mme Charif Feller
Greffière : Mme Vuagniaux

Art. 12 LCA

Statuant à huis clos sur l'appel interjeté par **A.T.**_____, à Lausanne, contre le jugement rendu le 21 février 2012 par la Cour des assurances sociales dans la cause divisant **B.T.**_____, à Lausanne, demanderesse, d'avec **W.**_____**SA**, à Lausanne, défenderesse, la Cour d'appel civile du Tribunal cantonal voit :

En fait :

A. Par jugement du 21 février 2012, dont les considérants ont été envoyés aux parties le 29 février 2012, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté les conclusions de la demande d'B.T._____ du 25 octobre 2010 (I) et dit qu'il n'était pas perçu de frais ni alloué de dépens (II).

En droit, les premiers juges ont retenu que la demanderesse était assurée auprès de W._____SA en division privée depuis le 1^{er} janvier 1979, soit depuis sa 54^e année, et qu'aucun élément au dossier ne permettait d'établir qu'elle l'était depuis l'âge de 29 ans tel qu'invoqué. Ils ont en outre relevé que l'assurée n'avait pas contesté la teneur de la police d'assurance dans le délai de quatre semaines conformément à l'art. 12 al. 2 LCA (loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance; RS 221.229.1).

B. Par acte du 24 mars 2012, A.T._____, époux d'B.T._____, a conclu à « la rectification de la prime SX2 Maxi de Frs 530.65, demandée actuellement pour une classe d'âge de 51 à 55 ans et si possible le remboursement de la différence des montants trop perçus pour un certain nombre d'années ».

A la suite de l'interpellation de la Juge présidente de la Cour des assurances sociales, A.T._____ a confirmé le 27 mars 2012 que son écriture devait être considérée comme un recours.

C. La Cour d'appel civile retient les faits suivants, sur la base du jugement complété par les pièces du dossier, dont il ressort notamment ce qui suit :

1. B.T._____, née le [...] 1925, a signé le 2 mars 1977 un formulaire intitulé « Demande d'admission ou de réintégration » auprès de [...] (actuellement W._____SA). Les classes d'assurance choisies étaient les suivantes à partir du 1^{er} avril 1977 :

- 1^{ère} indemnité journalière différée avec risque accidents pour un montant assuré de 18 fr. à partir du 361^{ème} jour;
- Assurance complémentaire contre les dommages économiques pour un capital assuré de 10'000 fr.;
- Assurance complémentaire frais dentaires avec franchise de 100 fr.;
- Assurance décès de 70 ct. par mois.

2. Le 6 décembre 1978, B.T._____ a rempli un formulaire intitulé « Demande de modification » indiquant les classes d'assurance suivantes à partir du 1^{er} janvier 1979 :

- Assurance pour « patients privés », catégorie illimitée, avec franchise de 300 fr.;
- Assurance complémentaire contre les dommages économiques pour un capital assuré de 10'000 fr.;
- Assurance complémentaire frais dentaires avec franchise de 100 fr.;
- Assurance décès de 70 ct. par mois.

3. Selon la police d'assurance du 15 novembre 2005 annulant et remplaçant tout document antérieur, W._____ SA a informé B.T._____ que ses polices d'assurance, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2005, étaient les suivantes :

- Assurances selon la LAMal
 - BASIS (valable jusqu'au 01.01.06)
Assurance obligatoire des soins
 - RESEAU DE SANTE (valable dès le 01.01.06)
Assurance obligatoire des soins avec choix d'un médecin de premier recours

- Assurances selon la LCA
- NATURA_R (valable dès le 01.01.05)
Assurance des prestations particulières d'un capital annuel de CHF 12'000.- y compris programme [...]
- NATURELLA (valable dès le 01.01.05)
Assurance complémentaire des frais de médecine anthroposophique, médecine chinoise, homéopathie, thérapie neurale et phytothérapie
- MAXI ECO (valable dès le 01.01.05)
Assurance complémentaire des frais d'hospitalisation en division privée des établissements publics ou privés ayant conclu un accord tarifaire préférentiel avec la caisse
- DENTIS (valable dès le 01.01.05)
Assurance complémentaire des frais dentaires
- DECES (valable dès le 01.01.05)
Indemnité au décès de CHF 1'000.-

Selon la police d'assurance du 24 novembre 2008 annulant et remplaçant tout document antérieur, la demanderesse bénéficiait des mêmes prestations d'assurance, valable dès le 1^{er} janvier 2009 (sauf les assurances NATURELLA et DECES, toujours valables dès le 1^{er} janvier 2005).

Les deux polices d'assurance précitées contenaient la mention selon laquelle l'assuré devait demander la rectification de l'acte dans les quatre semaines pour le cas où la teneur de la police ou des avenants ne concordait pas avec ce qui avait été convenu.

4. Par lettre du 8 octobre 2009, donnant suite au passage de l'époux de l'assurée à sa réception, W. _____ SA a envoyé à B.T. _____ une copie de la proposition d'assurance qu'elle avait signée le 6 décembre 1978 attestant que son assurance complémentaire des frais d'hospitalisation avait été souscrite au 1^{er} janvier 1979, soit à l'âge de 54 ans.

Par courrier du 10 novembre 2009, A.T._____ a exposé qu'il s'était rendu compte que, pour les mêmes prestations conclues auprès de W._____SA, son épouse payait une prime plus élevée que celle de leur fille, ce qui était erroné dès lors que, selon le formulaire du 6 décembre 1978, la prime de sa femme aurait dû être calculée en fonction de son âge d'entrée dans l'assurance - soit à l'âge de 29 ans -, et non selon la classe d'âge de 51 ans et plus comme actuellement. Il demandait par conséquent le remboursement des primes perçues en trop et l'adaptation de la police avec effet au 1^{er} janvier 2010.

Dans trois correspondances de novembre 2009, décembre 2009 et janvier 2010, l'époux de l'assurée a réitéré ses arguments.

Interpellée par A.T._____, l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (ci-après : FINMA) lui a répondu ce qui suit le 10 mai 2010 :

« Vous affirmez que Mme B.T._____ était assurée en hospitalisation privée dès l'âge de 29 ans, en vous basant sur la demande de modification datée du 6 décembre 1978. Ce document indique le 1^{er} janvier 1979 comme étant la date du début de la couverture mentionnée. A notre avis, ce document ne démontre pas de manière irréfutable que Mme B.T._____ était assurée pour la couverture des frais d'hospitalisation avant cette date. Dès lors, du point de vue de la surveillance, nous ne sommes pas en mesure de nous opposer à la manière de procéder de W._____SA. »

Par lettre du 18 juin 2010, la FINMA a de nouveau écrit à A.T._____ en ces termes :

« Selon les documents en notre possession, il est évident que votre femme était assurée auprès de l'assureur en question au moins depuis 1977.

Selon la demande d'admission de 1977, une assurance des frais dentaires, une assurance contre les dommages économiques et une

assurance d'indemnités journalières pour traitements hospitaliers étaient proposées. La demande de modification de 1979 propose à la place de l'assurance d'indemnités journalières pour traitements hospitaliers la couverture pour "patients privés". Les deux autres couvertures déjà mentionnées sont indiquées de nouveau dans ce formulaire. Dès lors, on peut conclure que la couverture d'hospitalisation privée a débuté probablement à cette époque. Etant donné qu'il ne ressort pas des documents que votre femme était couverte pour l'hospitalisation en division privée avant 1979, nous vous renvoyons à nos conclusions exprimées dans notre lettre du 10 mai 2010 que nous maintenons intégralement. »

5. Par demande du 25 octobre 2010 adressée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, B.T._____, représentée par son époux, a conclu à ce que sa prime d'assurance SX2 Maxi soit ajustée « pour le passé, le présent et l'avenir », que les trop-perçus lui soient remboursés et que sa prime actuelle soit adaptée à la classe d'âge d'entrée dans la caisse de 26 à 30 ans.

Dans sa réponse du 17 décembre 2010, W.____SA a conclu au rejet de la demande.

Aux termes de plusieurs échanges d'écritures entre février et octobre 2011, les parties ont maintenu leur point de vue.

En droit :

1. a) Le jugement entrepris a été communiqué le 29 février 2012, de sorte que les voies de droit sont régies par le CPC (Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008; RS 271), entré en vigueur le 1^{er} janvier 2011 (art. 405 al. 1 CPC). Le CPC s'applique aux litiges en matière d'assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale, que ceux-ci soient soumis à la juridiction civile ou qu'ils restent de la compétence d'un tribunal des assurances (art. 7 CPC; Ruetschi, in Sutter-Somm/Hasenböhler/Leuenberger Hrsg, Kommentar zur Schweizerischen

Zivil-

prozessordnung [ZPO], 2010, n. 15 ad art. 7 CPC).

b) Dans un arrêt du 7 juin 2011 (publié in JT 2011 III 143), la Cour d'appel civile a admis la recevabilité d'un appel à la Cour d'appel civile contre les jugements en matière d'assurances complémentaires à l'assurance-maladie rendus par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, dans les cas où la procédure était introduite avant le 1^{er} janvier 2011 et le jugement rendu après cette date. Elle a ainsi fait prévaloir le principe constitutionnel de la double instance (art. 129 Cst-VD [Constitution du 14 avril 2003 du Canton de Vaud; RSV 101.01]) sur celui de la prohibition du recours horizontal entre juridictions du même rang. Ce recours horizontal est purement transitoire : il concerne les jugements communiqués après le 1^{er} janvier 2011 dans des procédures ouvertes avant cette date. Depuis le 1^{er} janvier 2011, les litiges en la matière sont soumis à la juridiction civile ordinaire *ratione valoris* (juge de paix, président de tribunal d'arrondissement, tribunal d'arrondissement ou Chambre patrimoniale cantonale) et pourront faire l'objet d'un appel qui sera adressé, selon la valeur litigieuse, à la Chambre des recours civile ou à la Cour d'appel civile (cf. note de Jean-Luc Colombini, in JT 2011 III 145 s.).

c) Il n'apparaît pas clairement à la lecture de l'appel si A.T. _____ agit en son propre nom, auquel cas l'appel serait irrecevable, ce dernier n'étant pas partie à la procédure de première instance (Jeandin, CPC commenté, ad art. 308-334 CPC n. 12 Intro.), ou s'il agit en qualité de représentant de son épouse, partie à la procédure de première instance. Cette question peut toutefois demeurer ouverte dès lors que l'appel doit être rejeté pour les raisons sousmentionnées (cf. infra, c. 3 et 4).

d) L'appel est recevable contre les décisions finales de première instance (art. 308 al. 1 let. a CPC), dans les causes patrimoniales dont la valeur litigieuse est supérieure à 10'000 fr. (art. 308 al. 2 CPC). Le délai pour l'introduction de l'appel est de trente jours à compter de la notification de la décision motivée (art. 311 al. 1 CPC).

Formé en temps utile et portant sur des conclusions qui sont supérieures à 10'000 fr., l'appel est recevable à la forme.

2. L'appel peut être formé pour violation du droit ou pour constatation inexacte des faits (art. 310 CPC). L'autorité d'appel peut revoir l'ensemble du droit applicable, y compris les questions d'opportunité ou d'appréciation laissées par la loi à la décision du juge, et doit le cas échéant appliquer le droit d'office conformément au principe général de l'art. 57 CPC. Elle peut revoir librement l'appréciation des faits sur la base des preuves administrées en première instance (JT 2011 III 43 et réf.).

En l'espèce, l'état de fait du jugement est conforme aux pièces du dossier et aux autres preuves administrées, de sorte que l'autorité d'appel est à même de statuer.

3. Selon l'art. 12 al. 1 LCA, si la teneur de la police ou des avenants ne concorde pas avec les conventions intervenues, le preneur d'assurance doit en demander la rectification dans les quatre semaines à partir de la réception de l'acte; faute de quoi, la teneur en est considérée comme acceptée (al. 1). Cette règle doit être insérée textuellement dans chaque police (2).

En l'espèce, comme exposé par les premiers juges à bon escient, B.T._____ n'a pas demandé la rectification des polices communiquées en 2005 et 2008, sur lesquelles figurait la règle de l'art. 12 LCA, et son époux a admis avoir contesté les primes concernées à partir de septembre 2009, soit à une date largement postérieure au délai de quatre semaines suivant la réception de la police du 24 novembre 2008. L'appelante ne remet du reste pas en cause cette motivation qui peut être confirmée et qui scelle à elle seule le sort de l'appel.

4. Par surabondance, force est de constater qu'aucun élément au dossier ne permet de retenir qu'B.T._____ bénéficiait d'une couverture

en division privée avant le 1^{er} janvier 1979. Bien au contraire et quoi qu'elle en dise dans ses multiples courriers, il est constant que l'appelante a choisi, en mars 1977, de souscrire une assurance de première indemnité journalière avec risque accidents (avec effet au 1^{er} avril 1977) et que ce n'est que dans sa demande de modification de décembre 1978 qu'elle a changé d'avis et conclu une assurance complémentaire pour « patients privés » (avec effet au 1^{er} janvier 1979). L'appréciation des premiers juges sur le fait qu'il n'est pas établi, au stade de la vraisemblance prépondérante, que l'appelante était couverte pour les frais d'hospitalisation en division privée avant le 1^{er} janvier 1979 ne prête pas le flanc à la critique au vu des pièces du dossier et peut derechef être confirmée.

Enfin, les arguments d'ordre général de l'appelante selon lesquels aucun homme en division privée n'aurait d'épouse en division commune et que son mari était agent général adjoint de [...] jusqu'en 1964 ne lui sont d'aucun secours et ne sont pas de nature à remettre en cause les constatations de fait effectuées par les premiers juges.

5. Il s'ensuit que l'appel doit être rejeté dans la procédure de l'art. 312 al. 1 CPC et le jugement attaqué confirmé.

Conformément à l'art. 114 let. e CPC, il n'est pas perçu de frais judiciaires.

L'intimée n'ayant pas été invitée à procéder dans le cadre de l'appel, il n'est pas alloué de dépens.

Par ces motifs,
la Cour d'appel civile du Tribunal cantonal,
statuant à huis clos,
en application de l'art. 312 al. 1 CPC,
p r o n o n c e :

- I.** L'appel est rejeté.
- II.** Le jugement est confirmé.
- III.** L'arrêt est rendu sans frais judiciaires ni dépens de deuxième instance.
- IV.** L'arrêt motivé est exécutoire.

Le président :

La greffière :

Du 9 mai 2012

Le dispositif de l'arrêt qui précède est communiqué par écrit
aux intéressés.

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié en expédition complète, par l'envoi de photocopies, à :

- M. A.T. _____
- W. _____ SA

La Cour d'appel civile considère que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 francs.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière civile devant le Tribunal fédéral au sens des art. 72 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral - RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Dans les affaires pécuniaires, le recours en matière civile n'est recevable que si la valeur litigieuse s'élève au moins à 15'000 fr. en matière de droit du travail et de droit du bail à loyer, à 30'000 fr. dans les autres cas, à moins que la contestation ne soulève une question juridique de principe (art. 74 LTF). Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Cet arrêt est communiqué, par l'envoi de photocopies, à :

- la Cour des assurances sociales

La greffière :