

Faits: N. G., née en 1966, est assurée auprès de L'Avenir au titre de l'assurance obligatoire des soins, de l'assurance combinée d'hospitalisation en division mi-privée pour un maximum de 720 jours, de l'assurance complémentaire des frais effectifs pour les traitements ambulatoires et de l'assurance des prestations extra-légales à concurrence de 5'000 fr. par année.

Le 1er novembre 1996, dame G. a transmis trois factures à L'Avenir et a demandé une modification de sa couverture d'assurance au 1er janvier 1997 en ce sens qu'elle entendait renoncer à l'assurance complémentaire mi-privée pour la maladie et l'accident mais conserver ladite assurance pour la maternité.

Le 13 novembre 1996, L'Avenir lui a répondu que l'assurance-maternité ne peut être conclue qu'à titre complémentaire à l'assurance d'hospitalisation et que, pour le cas où les deux assurances seraient maintenues, c'est le délai de stage d'une année qui serait applicable à la maternité en division mi-privée.

L'assurée ayant précisé qu'elle entendait garder l'assurance complémentaire d'hospitalisation en division commune et l'assurance complémentaire maternité en division mi-privée, L'Avenir lui a répondu, le 26 novembre 1996, que son vœu était conforme aux dispositions réglementaires et serait enregistré avec effet au 1er janvier 1997.

Dame G. a été hospitalisée au CHUV, en division mi-privé, pour des hémorragies du 22 au 26 février 1997, du 4 au 6 mars 1997 et du 1er au 3 avril 1997. Il ressort d'un rapport adressé le 16 avril 1997 par le médecin traitant de l'assurée, la Dresse R. W., spécialiste FMH en gynécologie et obstétrique, à Lausanne, que l'indication à ces hospitalisations était un décollement du placenta praevia, qui peut occasionner une hémorragie massive mettant en danger la vie de la mère et de l'enfant. Du 3 au 20 avril 1997, l'assurée a été hospitalisée à la Clinique C., à L., où elle a accouché le 21 avril 1997.

Le 4 juillet 1997, la caisse lui a écrit ce qui suit:

"(...) Tout d'abord, nous vous informons que vous êtes au bénéfice d'une assurance complémentaire maternité qui couvre les frais de traitement, de chambre et pension consécutifs à une maternité en division mi-privée. Votre séjour du 21 au 27 avril 1997 à la Clinique C. sera pris en charge intégralement.

D'autre part, nous attirons votre attention sur le fait que, pour vos séjours du 22 au 27 février 1997, du 4 au 6 mars 1997 et du 1er au 3 avril 1997 au Centre hospitalier universitaire vaudois à Lausanne ainsi que du (sic) séjour du 3 au 20 avril 1997 à la clinique C. à L., c'est l'article 4.5 des conditions générales de l'assurance-maladie complémentaire qui est applicable aussi bien pour l'assurance complémentaire maternité que pour l'assurance complémentaire d'hospitalisation, [lequel] stipule que sont exclus de l'assurance-maladie:

"l'interruption ou la conservation de la grossesse, les méthodes de procréation assistée, les traitements de la stérilité, la stérilisation et le changement de sexe."

Conséquemment, au vu de votre couverture d'assurance, nos prestations doivent se limiter à l'assurance obligatoire des soins qui couvre uniquement la division commune d'un hôpital public du canton de Vaud, à savoir en l'occurrence le forfait journalier s'élevant à Fr. 425.- auquel s'ajoute une taxe d'entrée de fr. 630.-.

Toutefois, nous sommes disposés, à titre bénévole et sans reconnaissance d'obligation de notre part, à appliquer l'article 3.2.1 des conditions spéciales de l'assurance-maladie complémentaire d'hospitalisation, à savoir:

"En sus des prestations de l'assurance obligatoire des soins, les assurés de la division commune reçoivent le 40 % des frais de la division mi-privée s'ils séjournent en division mi-privée."

Conséquemment, nos prestations pour vos séjours précédant votre accouchement susmentionné se limiteront au forfait journalier de Fr. 425.- auquel s'ajoute la taxe d'entrée de Fr. 630.- ainsi que le 40 % du solde des frais non couverts. (...)"

L'Avenir a confirmé sa position dans une lettre du 3 septembre 1997 intitulée "décision" et munie des moyens de droit.

N. G. a saisi le Tribunal des assurances par demande du 11 septembre 1997. Elle conclut à ce que les hospitalisations en cause soient prises en charge au titre de l'assurance-maternité complémentaire, les complications de la grossesse étant au nombre des risques couverts par cette dernière. Elle ajoute que ses dernières règles, marquant le début de la grossesse, remontent au 15 août 1996 et qu'à ce moment-là elle était assurée pour la couverture des frais en division mi-privée tant en ce qui concerne la maladie que la maternité.

Dans sa réponse du 10 octobre 1997, la caisse a conclu au rejet des conclusions de l'assurée, confirmant et développant les motifs de son écriture du 4 juillet 1997.

Les parties ont confirmé leurs positions respectives au cours de l'échange d'écritures ultérieur.

Motifs: Le litige porte exclusivement sur les prestations des assurances complémentaires.

Celles-ci sont soumises au droit privé, soit à la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (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 [RALV 1996 p. 119; FAO 1996 p. 1956]). 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; 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 s., 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).

Il s'ensuit que c'est à tort que la caisse a procédé par voie de décision et que l'écriture de l'assurée du 11 septembre 1997 doit être considérée comme une demande, laquelle est recevable en la forme.

Les Conditions générales applicables à l'assurance-maladie complémentaire (CGA) excluent de la couverture "l'interruption ou la conservation de la grossesse, les méthodes de procréation assistée, les traitements de la stérilité, la stérilisation et le changement de sexe" (art. 4.5). Les conditions spéciales de l'assurance-maladie complémentaire d'hospitalisation pour frais de chambre et pension se réfèrent aux risques non couverts cités aux ch. 4.1 à 4.12 des CGA et en ajoutent trois autres, qui ne sont pas en cause ici. Il en va de même des conditions spéciales de l'assurance-maladie complémentaire d'hospitalisation pour frais de traitement. Quant aux conditions spéciales de l'assurance complémentaire maternité, elles disposent, en leur article premier, ce qui suit:

"En cas de séjour hospitalier, l'assureur couvre en complément de l'assurance obligatoire des soins, les frais de traitement, de chambre et pension consécutifs à une maternité. L'art. 4.5 des conditions générales est applicable."

Les conditions spéciales précitées ne définissent pas la maternité. Dans l'assurance obligatoire des soins, la maternité comprend la grossesse et l'accouchement ainsi que la convalescence qui s'ensuit pour la mère (art. 2 al. 3 LAMal); l'assurance obligatoire des soins prend en charge, en plus des coûts des mêmes prestations que pour la maladie (art. 29 al. 1er LAMal), les prestations spécifiques de maternité, à savoir les examens de contrôle, l'accouchement et les conseils nécessaires en cas d'allaitement (art. 29 al. 2 LAMal).

Dans sa jurisprudence rendue sous l'empire de la LAMA, le Tribunal fédéral des assurances distinguait, sous l'angle du droit aux prestations, la grossesse normale, qui n'était qu'assimilée à une maladie, et la grossesse pathologique, qui en était une (RAMA 1988, n° K 778 p. 322, c. 1). Dans le nouveau droit, la grossesse en tant que telle donne droit aux prestations de l'assurance obligatoire des soins en cas de maternité. Peu importe, à cet égard, que la grossesse soit normale, à risque sans manifestation pathologique ou pathologique (Wagner, Les définitions de la maladie, de l'accident et de la maternité, contribution à l'étude de l'article 2 LAMal, dans: Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, mélanges précités, pp. 89 ss, spéc. pp. 138 ss., not. p. 142).

A l'aune de l'assurance obligatoire des soins, il n'y a guère de doute, in casu, que les soins prodigués à la demanderesse durant sa grossesse tomberaient dans la catégorie des prestations de maternité. Aussi bien la défenderesse a-t-elle, comme le relève la demanderesse dans son argumentation solidement étayée, pris en charge les frais médicaux et hospitaliers afférents à cette éventualité assurée qui lui incombent en vertu de la LAMal.

Toutefois, les assurances complémentaires ne sont, comme déjà relevé, pas régies par la LAMal, mais par la loi sur le contrat d'assurance (LCA). Par conséquent, la définition du risque maternité consacrée par l'article 2 alinéa 3 LAMal ne s'impose pas aux assurances complémentaires.

Concernant en particulier l'assurance-maternité complémentaire de la demanderesse, le renvoi explicite des conditions spéciales à l'article 4.5 des conditions générales signifie que les prestations qui y sont mentionnées sont exclues de l'assurance-maternité. Certes, l'article 2.7 des CGA prévoit que la définition de la maternité comprend la grossesse et l'accouchement qui s'ensuit pour la mère, ce par quoi l'on pourrait comprendre l'ensemble des soins liés à la grossesse. Néanmoins, l'interprétation des dispositions topiques doit tenir compte d'un élément préalable, qui est que l'assurance-maternité complémentaire ne peut être conclue qu'avec une assurance complémentaire d'hospitalisation, ainsi qu'en dispose l'article 2 des conditions spéciales. En d'autres termes, même si le libellé des conditions d'assurances topiques n'est pas tout à fait explicite, la caisse limite la couverture de l'assurance-maternité à la maternité stricto sensu, c'est-à-dire à l'accouchement et à ses suites immédiates. L'imprécision des clauses en question n'est toutefois pas telles que celles-ci ne peuvent être interprétées d'après leur lettre, mais que devrait leur être appliqué le principe d'interprétation "in dubio contra stipulatorem" (Unklarheitsregel), soit "in dubio contra assicuratorem" (cf. ATF 118 II 342, c. 1a; 122 III 118; voir aussi ATF 119 II 443, 121 III 414).

Les motifs qui ont nécessité les hospitalisations dont la prise en charge est litigieuse étaient étroitement liés à la grossesse; les soins dispensés à la demanderesse visaient à pallier les risques qui s'étaient manifestés durant la grossesse, soit à faire en sorte que celle-ci parvienne à son terme et que l'enfant vienne au monde. Il s'agissait de soins visant à la conservation de la grossesse au sens de l'article 4.5 des CGA, applicable par renvoi de l'article premier des conditions spéciales. A cet égard, la disposition précitée des CGA ne fait pas de distinction entre grossesse normale et grossesse pathologique.

Au surplus, la demanderesse fait valoir que sa grossesse a commencé en 1996, année au cours de laquelle elle disposait d'une couverture intégrale en division mi-privée; partant, le

cas devrait être tranché à l'aune de sa couverture en 1996. Toutefois, ce moyen n'est pas déterminant, puisque le risque assuré n'est pas la grossesse en tant que telle, mais les soins afférents à cet état; or, il est constant que les soins ont été dispensés en 1997, de sorte que le risque en cause ne s'est réalisé que cette année-ci.

Il s'ensuit que la défenderesse était fondée à refuser les prestations de l'assurance-maternité complémentaire pour les hospitalisations antérieures à l'accouchement.

La demande ne peut dès lors qu'être rejetée.

Par ces motifs,
le Tribunal des assurances
prononce:
La demande est rejetée.

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, avec avis qu'il leur est loisible, si, d'après leurs conclusions, les droits contestés en instance cantonale atteignent une valeur d'au moins 8'000 fr., 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 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:

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;

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;

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;

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;

Le cas échéant, la demande d'assistance judiciaire (art. 152 OJF). (art.43 ss OJF, spéc. art. 46, 54 et 55).

Les autres voies de droit demeurent réservées.

Le jugement est également communiqué à l' Office fédéral des assurances privées (art. 47 al. 4 LSA).