

Tribunal cantonal du canton de Vaud, 28 juin 1999,  
Sch. c. Assurance-Maladie Assura, Pully

**Faits:** R. Sch., né en 1949, a signé le 28 février 1996 une demande d'affiliation auprès d'Assura, sollicitant la couverture suivante dès le 1er janvier 1997:

Basis, assurance obligatoire des soins, avec franchise de 600 fr., sans le risque accident, Complementa Plus, assurance complémentaire des soins spéciaux élargis, sans le risque accident, Optima Plus: assurance complémentaire pour l'hospitalisation en division privés ou en clinique, avec limitation du choix de l'établissement, sans le risque accident.

Assura a admis le candidat dans ces catégories d'assurance et celui-ci a quitté sa précédente caisse-maladie, l'Helvetia.

Par lettre du 27 juin 1997, R. Sch. a fait savoir à Assura que, lors de la conclusion de son contrat et de celui de son épouse, ils avaient bien spécifié qu'ils voulaient le même type de couverture qu'avec l'Helvetia, soit la maladie et l'accident.

Assura a tenu cette lettre pour une requête de couverture du risque accident et elle a adressé, le 9 juillet 1997, un questionnaire à l'assuré en vue de l'inclusion de ce risque dans sa police d'assurance. Il ressort des réponses données par R. Sch. à ce document retourné à Assura le 16 juillet 1997 qu'il a été victime, en 1978, d'un accident de voiture et qu'il souffre encore des séquelles de celui-ci, soit d'arthrose.

Sur cette base, Assura a accepté, par lettre du 25 juillet 1997, l'inclusion du risque accident dans la police d'assurance de R. Sch. dès le 1er août 1997, en imposant cependant à celui-ci une réserve de cinq ans sur les catégories complémentaires "Complementa Plus" et "Optima Plus" pour les "suites et séquelles de l'accident de voiture survenu en 1978".

R. Sch. a été hospitalisé en division privée à l'Hôpital Orthopédique, à L., du 8 au 17 janvier 1998, où le Dr Ch., médecin associé, a procédé à la mise en place d'une prothèse totale de la hanche gauche.

Assura ayant été informée de cette hospitalisation, elle a interpellé le Dr Ch. qui, dans sa réponse reçue par Assura le 6 avril 1998, a posé le diagnostic de coxarthrose gauche post-traumatique. Il a indiqué qu'il s'agissait des suites de l'accident de 1978, qui avait occasionné une fracture du cotyle gauche, et que, depuis deux ans, les douleurs péri - trochantériennes s'étaient aggravées.

Par lettre du 9 avril 1998, Assura a fait savoir à R. Sch. qu'au vu de ces renseignements médicaux complémentaires, elle ne pouvait pas garantir la totalité du séjour à l'Hôpital Orthopédique du 8 au 17 janvier 1998, l'affection en cause ayant fait l'objet d'une réserve signifiée le 25 juillet 1997. Elle a précisé qu'elle acceptait de prendre en charge le forfait conventionnel pour le séjour en division générale d'un établissement public vaudois, soit 377 fr. par jour, pendant dix jours, plus 630 fr. de taxe d'entrée, soit un montant total de 4'400 francs.

La facture établie le 4 novembre 1998 par l'Hôpital Orthopédique s'élève à 18'861 fr. 20, soit, après déduction de la somme de 4'400 fr. versée par Assura, à 14'461 fr. 20.

A la demande de l'assuré, Assura a confirmé son point de vue par lettre du 9 décembre 1998.

R. Sch. a ouvert action devant le Tribunal des assurances par demande du 6 janvier 1999, en concluant implicitement à la prise en charge par Assura de la totalité de la facture de l'Hôpital Orthopédique. Il a indiqué que, lors de la discussion ayant précédé la signature de la proposition d'assurance auprès d'Assura, l'agent de celle-ci, M. M., à qui il avait demandé de calculer les primes sur les mêmes bases que son contrat avec l'Helvetia, lui avait dit que l'accident de 1978, qu'il avait annoncé, était trop ancien pour qu'il faille en tenir compte.

Dans sa réponse du 29 janvier 1999, la défenderesse a conclu au rejet de la demande. Elle a fait valoir que l'hospitalisation du demandeur en janvier 1998 à l'Hôpital Orthopédique était en relation de causalité incontestable avec l'accident de 1978, que la proposition d'assurance du 28 février 1996, signée par l'assuré, excluait expressément la couverture du risque accident et que, par la suite, R. Sch. avait été informé, le 25 juillet 1997, de l'institution d'une réserve pour les séquelles de l'accident de 1978.

A la demande du juge instructeur, les parties se sont encore exprimées dans des écritures du 18 et du 30 avril 1999.

**Motifs:** Les assurances complémentaires sont, depuis le 1er janvier 1996, soumises au droit privé, soit à la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (ci-après: LCA), en vertu de l'article 12 alinéa 3 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (ci-après: LA-Mal). 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 de la loi fédérale sur la surveillance des institutions d'assurance privées [LSA]; RAMA 1998, KV 22 p. 49, c. 3a).

En l'espèce, la demande est recevable en la forme.

Selon l'article 12 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.

Sauf disposition contraire de la LCA, l'assureur répond de tous les événements qui présentent le caractère du risque contre les conséquences duquel l'assurance a été conclue, à moins que le contrat n'exclue certains événements d'une manière précise, non équivoque (art. 33 LCA).

L'article 4.1.1 des Conditions générales pour l'assurance-maladie complémentaire émises par Assura prévoit que sont exclus de l'assurance les affections en cours lors de l'entrée en vigueur du contrat ou faisant l'objet d'une réserve, ainsi que les suites d'accidents survenus avant l'entrée en vigueur du contrat.

L'article 14.1 de ces mêmes conditions générales dispose qu'en cas d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale, notamment, l'assuré est tenu d'en informer Assura immédiatement, les cas d'urgence demeurant réservés.

Le demandeur invoque essentiellement le fait qu'au moment où il a demandé son affiliation à Assura, il a indiqué à l'agent de celle-ci, M. M., qu'il voulait la même couverture qu'à l'Helvetia, soit aussi celle du risque accident.

Or, il est patent que la proposition d'assurance, établie le 28 février 1996 et signée par M. M. et R. Sch., mentionne expressément, pour toutes les catégories d'assurance choisies, qu'il s'agit d'une couverture "sans accident". De plus, comme le relève la défenderesse, l'assuré a apposé sa signature notamment sous la mention suivante: "J'engage ma seule responsabilité dans les réponses données, même si ces dernières ont été transcrites par un tiers". Ainsi, si, effectivement, une erreur avait été commise à ce sujet par M. M., il appartenait à l'assuré, après réception de l'attestation d'assurance, datée du 21 octobre 1996, d'attirer l'attention d'Assura sur ce point, dans le délai d'un mois fixé par l'article 12 LCA, dont le texte est mentionné au dos de ladite attestation d'assurance produite par le recourant. Or, il n'a réagi qu'au mois de juin 1997, soit tardivement, de sorte que, même au cas où il aurait effectivement été convenu avec M. M. qu'il y aurait couvrir

ture du risque accident, ce qui n'est pas rendu vraisemblable, ce moyen ne serait pas pertinent.

A la suite de cette intervention, Assura a accepté l'inclusion du risque accident, avec une réserve pour les suites de l'accident de 1978, ce dont elle a informé l'assuré par lettre du 25 juillet 1997, laquelle portait notamment la mention suivante: "Sauf avis contraire de votre part dans les dix jours, nous procéderons à l'inclusion du risque accident sur lesdites couvertures complémentaires avec effet au 1er août 1997". Or, le demandeur n'a pas réagi à la suite de cette lettre.

En outre, le demandeur n'a pas informé Assura de son hospitalisation à l'Hôpital Orthopédique, en janvier 1998, au début de celle-ci.

Il est hors de doutes que l'intervention effectuée dans cet établissement par le Dr Ch. est en relation de causalité avec l'accident de 1978, comme ce médecin l'atteste dans la correspondance du 6 avril 1998, et qu'Assura était en droit, s'agissant des prestations de l'assurance complémentaire, d'imposer une réserve pour les séquelles de l'accident de 1978 (art. 33 LCA par analogie et 4.1.1. des Conditions générales pour l'assurance-maladie complémentaire émises par Assura).

Cela étant, c'est à bon droit que Assura a limité ses prestations aux obligations découlant de l'assurance-maladie sociale.

Au vu de ce qui précède, la demande doit être rejetée.

Par ces motifs,  
le Tribunal des assurances  
p r o n o n c e :

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:

a. 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;

b. 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;

c. 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;

d. 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;

e. 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).