

Tribunal cantonal du canton de Vaud, 11 octobre 2000,
P.-E. c. La Caisse Vaudoise, Assurance Maladie et Accidents, Lausanne

Faits: A partir du 1er juin 1993, M. P.-E., née en 1970, a été affiliée auprès de la caisse pour l'assurance obligatoire des soins et pour l'assurance complémentaire pour risques spéciaux; dès le 1er janvier 1996, l'assurée a souscrit en division commune, l'assurance complémentaire d'hospitalisation (branche HC1) et celle d'hospitalisation en cas de grossesse et d'accouchement (branche NA1).

A la suite d'une modification de sa police d'assurance, M. P.-E. a été couvertes, dès le 1er décembre 1997, pour les assurances complémentaires, branche HC et NA, en division mi-privée.

Du 13 au 18 octobre 1999, l'assurée a été hospitalisée à la Clinique C. Elle y a subi une interruption de grossesse au 5ème mois pratiquée par le Dr S., spécialiste FMH en gynécologie et obstétrique.

L'intéressée a informé la caisse le lendemain de sa sortie de l'hôpital.

Interpellé par la caisse, le Dr S. a indiqué, dans un rapport daté du 5 novembre 1999, ce qui suit:

"Déclenchement de l'accouchement par prostaglandines, puis curetage évacuateur avec foetotomie pour malformation foetale chromosomique, type 11-22".

Par courrier du 8 décembre 1999, la caisse a rappelé à M. P.-E. que le droit aux prestations de l'assurance complémentaire d'hospitalisation en division mi-privée en cas de grossesse et d'accouchement prenait effet 720 jours après l'admission; dès lors que l'intéressée n'était au bénéfice de ladite couverture que depuis le 1er décembre 1997, le délai de carence courait jusqu'au 20 novembre 1999. En conséquence, la caisse indiquait que seul le forfait de la chambre commune serait pris en charge.

Après quelques échanges de correspondance, la caisse a, par lettre datée du 2 mars 2000, exposé à l'assurée que les hospitalisations en relation avec la grossesse ne relevaient de l'assurance complémentaire HC2 que jusqu'à la 12ème semaine et que, dans le cas d'espèce, il s'agissait d'une interruption de grossesse, intervention par ailleurs exclue de la branche HC. La caisse a dès lors maintenu son refus de prise en charge au titre de l'assurance complémentaire d'hospitalisation en division mi-privée (branche HC2) ou au titre de l'assurance complémentaire d'hospitalisation en cas de grossesse et d'accouchement en division mi-privée (branche NA2).

Par acte du 24 mars 2000, M. P.-E. a ouvert action devant le Tribunal des assurances, en concluant à la prise en charge de la totalité des frais découlant de l'interruption de grossesse, laquelle résultait d'un traitement gynécologique et non pas d'une thérapie liée à la grossesse.

Dans sa réponse du 19 mai 2000, la caisse a conclu au rejet de la demande.

Il n'y a pas eu d'échange d'écritures ultérieur.

Motifs: a) Les assurances complémentaires pratiquées par un assureur-maladie au sens de l'article 11 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (ci-après: LAMal) sont soumises au droit privé, soit à la loi fédérale sur le contrat d'assurance (ci-après: LCA), en vertu de l'article 12 alinéa 3 LAMal. Le Canton de Vaud a 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 pas celle du recours, mais celle de l'action (art. 47 de la loi fédérale sur la surveillance des institutions d'assurances privées [ci-après: LSA]; ATF 124 III 44; ATF 123 V 324, c. 3a, RAMA 1998, n° 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 ss, 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).

b) En l'espèce, la demande est recevable *ratione fori* et *ratione materiae*.

Est litigieuse la question de savoir si c'est à juste titre que la défenderesse a refusé d'octroyer ses prestations au titre des assurances complémentaires HC2 et NA2 pour l'hospitalisation en division mi-privée de M. P.-E., durant la période du 13 au 18 octobre 1999.

Le contrat d'assurance est conclu par l'acceptation de la proposition d'assurance par l'assureur dans le délai légal ou le délai plus court fixé par le proposant (Viret, *Droit des assurances privées*, 2e éd., Zurich 1985, p. 79).

Les assurances-maladie complémentaires relèvent principalement, avec les restrictions propres au droit du contrat d'assurance 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 (Viret, *Droit des assurances privées*, op. cit., pp. 19 ss; recueil des travaux, op. cit., p. 671).

Dans la pratique, les conditions d'assurance forment le contenu ordinaire et typique du contrat d'assurance; elles se subdivisent en conditions générales (art. 3 al. 1er LCA) et en conditions particulières, lesquelles font partie intégrante du contrat (Viret, recueil des travaux, op. cit., p. 673).

Les conditions particulières sont définies comme des clauses conventionnelles qui dépendent des particularités de chaque risque à assurer et sont destinées à déterminer l'objet de l'assurance, ainsi que les obligations du preneur d'assurance, compte tenu des circonstances spéciales du cas concret.

Selon un principe juridique bien établi, toute disposition particulière l'emporte sur une règle plus générale. En matière de contrat d'assurance, les conditions particulières l'emportent donc sur les conditions générales, lesquelles dans la mesure où cela est licite, priment la LCA, laquelle déroge à son tour à certains principes généraux du droit commun (Viret, *Droit des assurances privées*, pp. 20-21).

Il convient en l'espèce de se référer aux conditions particulières d'assurance de la branche HC et de la branche NA, assurances complémentaires souscrites par la défenderesse.

L'assurance complémentaire HC a pour but de prendre en charge, à titre complémentaire, en cas de maladie et sauf convention contraire en cas d'accidents, les frais hospitaliers non couverts entièrement par l'assurance obligatoire des soins, à l'exclusion des cas de maternité (branche NA) (ch. 1er des conditions particulières de la branche HC).

En complément à l'article 6 des conditions générales d'assurance (CGA), lequel exclut un certain nombre de traitements de la prise en charge par les assurances-maladie complémentaires, le chiffre 6 des conditions particulières de la branche HC refuse également le versement de prestations dans les cas suivants:

- 6.1 traitement en relation avec la grossesse dès la treizième semaine;
- 6.2 l'interruption volontaire de la grossesse au sens de l'article 120 du Code pénal;
- 6.3 procréation médicalement assistée;
- 6.4 traitement de la stérilité;
- 6.5 cures de désintoxication et de traitements des dépendances.

b) L'assurance complémentaire d'hospitalisation en cas de grossesse et d'accouchement (branche NA) est une assurance qui ne peut être conclue que conjointement avec l'assurance complémentaire d'hospitalisation (branche HC), dont les conditions particulières s'appliquent sous réserve de quelques dispositions propres à la branche NA. Selon le chiffre 3 des conditions particulières de la branche NA, le droit aux prestations de cette couverture prend effet:

NA1 : 270 jours après la date d'entrée indiquée dans la police pour le groupe de prestations 1 défini à l'article 2 HC

NA2 et 3 : 720 jours après la date d'entrée indiquée dans la police pour les groupes de prestations 2 et 3 définis à l'article 2 HC.

Quant au chiffre 6 des conditions particulières de la branche NA, il énumère les cas excluant le versement de prestations de ladite assurance, en complément à ceux prévus par l'article 6 CGA. Il s'agit:

- 6.1 de traitement en relation avec la grossesse avant la treizième semaine (voir art. 6.1 de la branche HC, dont la couverture s'étend à cette période);
- 6.2 de conservation de grossesse dès le 8ème jour d'hospitalisation;
- 6.3 de procréation médicalement assistée.

c) Selon le chiffre 4 des conditions applicables tant à la branche HC qu'à la branche NA, "préalablement à toute entrée dans un établissement hospitalier, cas d'urgence exceptés, l'assuré ou ses proches doivent en aviser la caisse. A défaut de cet avis, les prestations ne seront servies qu'à partir du jour de l'annonce".

a) Il est établi, en l'espèce, que M. P.-E. a subi un déclenchement de l'accouchement par prostaglandines, puis un curetage évacuateur avec foetotomie pour malformation foetale chromosomique de type 11-22. La demanderesse soutient que la malformation foetale est pathologique et qu'elle ne relève pas d'une complication liée à la grossesse.

Cependant, selon le chiffre 6.2 des conditions particulières à la branche HC, il ne peut en être tenu compte. En effet, ledit chiffre exclut de manière générale tout droit à des prestations en relation avec une interruption de grossesse.

Il y a encore lieu de relever que la demanderesse ne remplit pas la condition posée par le chiffre 3 des dispositions particulières de la branche NA, soit le délai de 720 jours, qui

doit s'écouler dès la date d'entrée indiquée sur la proposition d'assurance. En l'occurrence, la demanderesse n'est au bénéfice de la branche NA que depuis le 1er décembre 1997, ce qui reportait l'échéance du délai de carence au 20 novembre 1999. Dès lors que l'intéressée a été hospitalisée du 13 au 18 octobre 1999, la condition posée n'était pas réalisée.

b) Par surabondance de droit, il y a lieu de constater que l'assurée n'a pas respecté l'injonction contenue dans les conditions particulières d'assurance, communes aux branches HC et NA (ch. 4), selon laquelle toute entrée dans un établissement hospitalier doit être annoncée au préalable. En effet, elle a avisé la caisse le lendemain de sa sortie de l'hôpital.

c) Par conséquent, c'est à bon droit que la caisse a indemnisé le séjour en division commune, au titre de l'assurance obligatoire des soins.

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

7. La valeur litigieuse étant inférieure à 8'000 francs, la cause relève de la compétence du magistrat instructeur statuant comme juge unique (art. 11 LTA).

Par ces motifs,
le Président du 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.

Si, d'après leurs conclusions, les droits contestés en première instance n'atteignent pas une valeur de 8'000 fr., les parties peuvent recourir au Tribunal cantonal dans un délai de dix jours dès la notification du présent jugement, en déposant, au greffe du Tribunal cantonal des assurances, Route du Signal 8, 1014 Lausanne, un acte de recours en deux exemplaires désignant le jugement attaqué et contenant leurs conclusions en réforme, éventuellement en nullité ou, à défaut, en indiquant sur quels points le jugement est attaqué et quelle est la modification demandée.

Si, d'après leurs conclusions, les droits contestés en instance cantonale atteignent une valeur d'au moins 8'000 fr., il est loisible aux parties 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 greffe du 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).

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