

TRIBUNAL DE SIERRE \_\_\_\_\_

CANTON DU VALAIS

C1 0310

**JUGEMENT DU 27 JUIN 2003**

**RENDU PAR**

**LE JUGE II DE SIERRE**

Patrizia Métrailler, assistée de Jean-Grégoire de Chastonay, greffier, siégeant au Tribunal de Sierre, à Sierre.

**EN LA CAUSE CIVILE PENDANTE ENTRE**

**X**, demanderesse, représentée par Me  
Jacqueline Duc, avocate à Crans-sur-Sierre,

**ET**

**Y SA**, à Lausanne, défenderesse,

(contrat d'assurance)

\*\*\*\*\*

## I

1. Le 17 janvier 2003, X a ouvert une action en paiement contre Y SA (ci-après Y), prenant les conclusions suivantes:

1. Y Caisse Maladie versera à X le montant de 6'888 fr. avec intérêt à 5% l'an du 7 juin 2001.
2. Les frais de procédure et les dépens sont mis à la charge de Y Caisse Maladie.

2. Le 24 mars 2003, la défenderesse a déposé les conclusions suivantes:

1. Rejeter l'action, dans la mesure où elle est recevable.
2. Admettre que c'est à bon droit que la défenderesse limite sa prise en charge au forfait journalier de l'assurance obligatoire des soins. soit 3'150 fr.
3. Condamner en conséquence la demanderesse à prendre en charge le solde de la facture, soit 6'888 fr. (10'038 – 3'150).
4. Débouter la demanderesse de toutes conclusions contraires.

3. Une fois l'instruction close, le Juge a invité les parties à déposer un mémoire-conclusions, dans un unique délai de trente jours, à peine d'être déchues du droit de le faire (art. 307 CPC). La défenderesse s'est abstenue.

## II

1. a) X, née en 1927, a conclu une assurance obligatoire des soins et une assurance complémentaire, dénommée "M" auprès de la défenderesse. Le 1<sup>er</sup> février 2001, à la suite d'un accident, elle a dû subir une intervention chirurgicale à l'hôpital de Sierre. Sur décision de son médecin traitant, elle a été transférée au Centre valaisan de pneumologie à Montana (ci-après le Centre) le 23 février. L'assureur en a été avisé ce jour-là. Dans cette lettre, reçue le 2 mars, le Centre indique que la patiente avait été admise en division privée et que, sauf avis contraire dans les six jours, la direction considérerait que Y acceptait "ce cas au tarif en vigueur". Après la fin de l'hospitalisation le 14 mars 2001, celle-ci a adressé au Centre,

le 21 mars 2001, une garantie d'hospitalisation pour les frais d'une chambre commune uniquement, précisant que les séjours de rééducation étaient exclus de l'assurance complémentaire (PJ 21) .

b) La facture s'est élevée à 10'038 francs. Y a payé 3'150 fr., représentant le forfait applicable en division générale, et a refusé de prendre en charge les frais liés à l'hospitalisation en chambre privée, estimant que le séjour avait pour but la réadaptation. La demanderesse a payé le solde de 6'888 fr. par versements de 3'000 fr. le 5 septembre 2001, de 2'000 fr. le 1<sup>er</sup> octobre 2001, et de 1'888 fr. le 29 avril 2002.

2. a) Le 30 mars 2001, le Dr S, qui avait opéré X, a avisé l'assureur que les suites de l'opération avaient nécessité une rééducation progressive à l'hôpital, et, par la suite, au Centre. traitement poursuivi de façon similaire et dans des conditions équivalentes. Il a estimé qu'il ne s'agissait en aucun cas d'une convalescence, mais d'une suite de traitement. Il a également relevé que le retour de sa patiente à son domicile ne pouvait en aucun cas être envisagé à sa sortie de l'hôpital.

b) Le 25 avril 2001, Y a informé le médecin qu'elle considérait le séjour de la patiente au Centre non pas comme une convalescence, mais comme une hospitalisation pour traitement et rééducation. De tels séjours étant expressément exclus des conditions spéciales de l'assurance complémentaire, elle ne pouvait allouer que le forfait applicable en division générale.

c) Le 18 juillet 2002, Y a maintenu sa position. Dans la lettre adressée le 27 août 2002 à l'avocate de la demanderesse et remise à l'assurance. le Dr T, Médecin-Directeur du Centre, a relevé (PJ 11) :

"Il est évident que Madame X a subi un traitement que l'on peut appeler de réadaptation ce qui se définit selon leur lettre de la façon suivante : "ensemble de soins et de traitements permettant à un patient, après une phase de soins aigus, de récupérer des fonctions atteintes par une maladie ou un accident ou l'aider à s'adapter à la fonction non récupérée". Il est bien évident que durant son séjour, cette patiente a reçu un tel traitement puisqu'elle souffrait d'une fracture pertochantérienne gauche. événement survenu de façon aiguë et qui a nécessité un séjour à l'hôpital de Sierre du 01.02 au 23.02.2001.

Néanmoins, il faut noter que cette malade était aussi hospitalisée pour une suite de traitement, à savoir, elle souffrait d'un diabète de type II décompensé avec polyneuropathie périphérique de même que d'une hypertension artérielle.

C'est pour cette raison que le Dr S, dans sa lettre du 30 mars 2001, parle de suite de traitement et non de réadaptation. En effet, son diabète a nécessité une rééquilibration, raison de son séjour hospitalier. Il n'est pas exclu, d'ailleurs, que le déséquilibre de ce diabète soit à mettre en relation avec l'événement aigu à savoir l'accident avec fracture.

De ce fait, il est médicalement erroné de dire que cette patiente n'a bénéficié que d'un traitement de réadaptation puisqu'elle présentait une autre affection médicale laquelle n'a pas pu être traitée lors du séjour hospitalier à l'hôpital de Sierre".

d) Y, mis au courant de cet avis médical, a maintenu sa position

3. Interrogée, la demanderesse a expliqué qu'à la sortie de l'hôpital, elle ne pouvait se déplacer qu'en fauteuil roulant, ce que la défenderesse a admis. Elle ne pouvait pas marcher convenablement, notamment monter les escaliers. Son transfert a été décidé par les médecins, et elle a subi beaucoup de soins, la plaie n'étant pas fermée.

### III

1. Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal le 1<sup>er</sup> janvier 1996, les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de cette loi sont soumises au droit privé (art. 12 al. 3 LAMal; ATF 124 III 44, ATF 124 III 229). Le juge de district est donc compétent en raison de la matière. Il l'est également en raison du lieu, les conditions générales de l'assurance reconnaissant comme for le domicile de l'ayant droit (art. 25 des conditions générales des assurances complémentaires, ci-après CGA), et à raison de la valeur litigieuse, puisque celle-ci est comprise entre 5 et 8'000 fr. (art. 22 al. 3 CPC). Le litige doit être instruit en la procédure accélérée (art. 300 al. 1 let. a CPC).

2. Le litige est soumis à la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA), qui renvoie au droit des obligations pour tout ce qu'elle ne règle pas elle-même (art. 100 al. 1 LCA). Ce renvoi concerne notamment l'interprétation des contrats, l'interdiction de l'abus de droit et le principe de la bonne foi, les règles sur le fardeau de la preuve, la forme et le contenu du contrat (cf. OLIVIER CARRÉ, Loi fédérale sur le contrat

d'assurance, Lausanne 2000, ad art. 100, p. 470). Les dispositions légales n'intervenant qu'à titre supplétif, à moins qu'elles ne soient impératives ou déclarées obligatoires, les parties sont libres de définir leurs relations contractuelles. Les conditions générales et spéciales, auxquelles le preneur se soumet en signant la proposition d'assurance, constituent donc une source du droit de l'assurance privée. Ainsi, le droit aux prestations se détermine sur la base de ces dispositions contractuelles (ATF 5C. 26312000 du 6 mars 2001 non publié).

3. a) Les principes d'interprétation des contrats sont valables pour le contrat d'assurance. Il faut donc en premier lieu recourir à l'interprétation subjective, à savoir rechercher la volonté réelle et commune des parties. Lorsque cette volonté ne peut être établie, le juge doit rechercher la volonté présumée en interprétant leur déclaration selon le principe de la confiance, déduit de l'article 2 al. 1 CC, et appliquer les règles générales dégagées par la doctrine et la jurisprudence en se fondant sur l'article 18 CO; il convient donc de rechercher le sens que les parties, selon les règles de la bonne foi, devaient et pouvaient attribuer, compte tenu des circonstances, à la teneur des clauses contractuelles sujettes à interprétation. Les clauses peu claires doivent être interprétées au détriment de celui qui les a rédigées – en l'espèce l'assureur ("in dubio contra stipulatorem"). Il en découle que le contrat doit être compris selon le sens qui résulte de sa teneur, même lorsque la volonté intime des parties au sujet de l'étendue de la couverture d'assurance n'est pas entièrement concordante. En ce qui concerne l'étendue du risque couvert, l'interprétation la plus large doit être retenue, les clauses d'exclusion devant en revanche être interprétées restrictivement (BERNARD VIRET, Droit des assurances privées, Zurich 1991, p. 95).

b) En l'espèce les parties ne contestent pas l'application des conditions générales des assurances complémentaires et des conditions spéciales de l'assurance complémentaire "M" des frais d'hospitalisation (ci-après CSA). Le litige a trait à une apparente divergence entre l'article 9 let. f CSA, qui exclut de l'assurance les frais d'hospitalisation à des fins de réadaptation ou pour recevoir des soins palliatifs, et l'article 3 let. f CGA. Cette disposition contractuelle définit divers termes, notamment celui de réadaptation. Cette définition n'est pas contestée par les parties; par réadaptation, il faut entendre l'ensemble de soins et traitement permettant à un patient, après une phase de soins aigus, de récupérer des fonctions atteintes par une maladie

ou un accident ou de l'aider à s'adapter à la fonction non récupérée" (art. 3 let. f CGA). Néanmoins, elle comporte une deuxième phrase, qui exclut la prise en charge de ces frais, sauf si le patient ne peut pas rentrer à domicile: "Les frais y relatifs ne sont pris en charge que si le patient ne peut momentanément pas rentrer à domicile, après une hospitalisation, en raison des affections dont il souffre. En outre, les soins doivent être prodigués par des établissements répondant aux normes de qualité établies en la matière". Cette exception n'étant pas reprise dans les conditions spéciales, l'assurance en déduit qu'elle n'est pas relevante, puisque la disposition spéciale prime la disposition générale (cf. VIRET. *op. cit.*, p. 21). L'application de ce principe n'est pourtant pas aussi évidente en l'espèce.

aa) La définition de la notion de réadaptation. L'exclusion de la prise en charge des frais y relatifs et son exception figurent dans la même lettre de la disposition contractuelle. Celle-ci forme un tout et les deux termes sont liés. Sa rédaction en est insolite, puisque l'exclusion générale ne se déduit que de l'exception prévue et que les définitions des autres termes ne contiennent pas ce genre de précisions. Son emplacement également, puisque la deuxième phrase aurait dû figurer dans l'article 21 CGA, qui donne la liste des traitements et risques exclus. Ces éléments démontrent que le libellé de la définition englobe également l'exclusion de la prise en charge des frais et son exception. En incorporant l'exception dans le même article des conditions générales, l'assureur a expressément admis que cette exception fasse partie de la définition. Le principe de la hiérarchie des conditions contractuelles ne s'applique donc pas en l'espèce.

bb) Un autre élément confirme cette interprétation. Les événements exclus de l'assurance doivent être définis de telle manière qu'il n'y ait pas de doute à leur sujet. et. en cas de doute. les causes d'exclusion doivent être interprétées de manière restrictive (cf. art. 33 LCA in fine, selon lequel l'exclusion de certains événements de la couverture d'assurance doit être prévue de manière précise, non équivoque). Si on admet une divergence entre les conditions générales et les conditions spéciales, il faut appliquer le principe (qui découle de celui de la bonne foi) selon lequel une notion qui se retrouve en plusieurs passages doit recevoir la même interprétation dans chaque cas. Or, la définition figure dans les CGA et non dans les conditions spéciales; elle doit donc s'appliquer. ce d'autant que l'article 9 des CSA n'exclut pas

expressément l'exception prévue à l'article 3 let. f CGA. Le principe de l'interprétation restrictive impose donc d'admettre cette exception.

cc) Les déclarations des médecins traitants démontrent que lors de son transfert au Centre, X ne bénéficiait pas de l'autonomie nécessaire à son retour à son domicile, qui ne pouvait donc pas être envisagé à ce moment-là. Il en découle que les conditions de l'exception sont remplies et que l'assureur doit prendre à sa charge les frais de l'hospitalisation en division privée. Il ressort d'ailleurs du dossier que cette hospitalisation concernait également une suite de traitement, avec prise en charge d'un autre état pathologique, à savoir la "rééquilibration" du diabète, qui n'avait pas été traité lors de son séjour à l'hôpital de Sierre.

4. L'action doit être accueillie pour une autre raison également. Selon le principe de la bonne foi, l'assureur ne doit pas tarder à signifier à l'assuré accidenté qu'il est hospitalisé dans un établissement considéré trop cher et qu'un transfert en un établissement moins coûteux est jugé opportun (ATF 80 II 338; CARRÉ, op. cit., p. 57). En l'espèce, la lettre annonçant le transfert de la patiente dans un autre hôpital et son placement en division privée est datée du jour même de son arrivée. La réception de cette lettre une semaine plus tard, soit le 2 mars 2001, ne justifie pas le retard pris par l'assurance pour y répondre, puisqu'à ce moment-là, elle avait tous les éléments à disposition pour prendre une décision, et que le délai imparti (six jours) était échu lorsqu'elle a adressé sa garantie d'hospitalisation, le 21 mars. X pouvait donc se fier de bonne foi au silence de l'assureur, qui, n'ayant pas soulevé d'objection pendant l'hospitalisation, qui a duré jusqu'au 14 mars, ne peut pas refuser de prendre à sa charge la totalité des frais.

5. L'action en paiement doit donc être admise. Le montant réclamé, 6'888 fr., n'est pas litigieux et ressort des pièces déposées. En vertu de l'article 41 al. 1 LCA, applicable à défaut de disposition contractuelle contraire, la créance qui résulte du contrat est échue quatre semaines après le moment où l'assureur a reçu les renseignements de nature à lui permettre de se convaincre du bien-fondé de la prétention. Cette disposition est également applicable lorsque l'assureur conteste à tort son obligation. Elle ne concerne que l'échéance de la prestation, les conditions et les effets de la demeure étant régis par les principes généraux du droit des obligations

(CARRÉ, *op. cit.*, ad art. 41 p. 301). Ainsi, l'interpellation est nécessaire à la mise en demeure (art. 102 CO). La facture a été envoyée le 9 mai 2001. L'assurance avait été avisée le 30 mars 2001 que le séjour de la patiente au Centre était une suite de traitement. Elle était donc en possession de tous les éléments lui permettant de se convaincre du bien-fondé des prétentions dès la réception de la facture. Néanmoins, la première mise en demeure date du 18 août 2001 (PJ 12). Les intérêts doivent donc être calculés dès le lendemain, date présumée de la réception de la lettre.

6. En règle générale, les frais doivent être mis à la charge de la partie qui succombe (art. 252 CPC).

a) Les frais du tribunal comprennent les débours de l'autorité et l'émolument de justice, qui est défini comme la taxe perçue en contrepartie de l'intervention de l'autorité saisie de la cause, couvrant en outre, forfaitairement, les frais de chancellerie et autres frais analogues. Pour une valeur litigieuse comprise entre 5'001 fr. et 8'000 fr., l'émolument est fixé entre 750 et 1'500 fr. La cause n'a pas exigé une instruction importante, les moyens de preuve étant limités au dépôt de pièces et à l'interrogatoire de la demanderesse. Dans ces conditions, il se justifie de fixer l'émolument dans la partie inférieure de la fourchette, soit à 800 fr., débours et frais d'huissier compris. Ils sont pris sur les avances fournies par les parties, le solde de 600 fr. étant restitué à la demanderesse.

b) Les dépens comprennent l'indemnité à la partie pouvant y prétendre et ses frais d'avocat. Ils couvrent, en principe, les frais indispensables occasionnés par le litige (art. 3 al. 1 LTar). Il appartient à l'autorité de les fixer (art. 4 al. 1 et 2 LTar). L'honoraire de l'avocat est fixé entre un minimum et un maximum prévus par la loi, d'après la nature et l'importance de la cause, ses difficultés, l'ampleur du travail, le temps utilement consacré par l'avocat, et la situation financière de la partie. En général proportionnel à la valeur litigieuse, il peut être ramené au-dessous du minimum prévu par loi ou, au contraire, dépasser le maximum, selon les circonstances. En l'espèce, aucune de ces circonstances ne peut être retenue. Il faut donc fixer l'honoraire dans la fourchette prévue par l'article 32 al. 1 LTar pour cette valeur litigieuse, soit entre 1'400 et 2'300 fr. Le mandataire de la demanderesse n'ayant pas déposé de décompte au sens de l'article 30 al. 2 LTar, il convient d'estimer son activité. Celle-ci a consisté à la rédaction

du mémoire-demande, qui contient 7 pages, au dépôt de 19 pièces, de l'avance requise, d'une détermination de 3 pages et du questionnaire à l'intention de la demanderesse, à la comparution à la séance du débat préliminaire, suivie de l'interrogatoire de la partie, et au dépôt d'un mémoire-conclusion de 7 pages. Dans ces conditions, l'honoraire peut être fixé à 1'600 fr., et les débours estimés à 100 fr.

Par ces motifs,

### **PRONONCE**

1. Y SA paiera à X 6'888 fr. avec intérêts à 5% l'an des le 19 août 2001.
2. Toutes les autres conclusions sont rejetées
3. Les frais du tribunal, fixés à 800 fr. et prélevés sur les avances fournies par les parties, sont mis à la charge de Y SA.
4. Y SA paiera à X :
  - 1'700 fr. à titre de dépens;
  - 100 fr. à titre de remboursement des avances.

Ainsi dit à **Sierre**, le 27 juin 2003

Le Juge II

Le Greffier II

**P. Métrailler**

**J.-G. de Chastonay**

Expédié comme acte judiciaire le 7 juillet 2003 à

- Me Jacqueline Duc, avocate à Crans-sur-Sierre

- Y SA, Lausanne