



TRIBUNAL DES ASSURANCES

Présidence de M. R I T T E R, juge ad hoc
Membres : M. Donzel et Mme Maire, juges
Greffier : Mme Rouiller, greffière-substitut

* * * * *

Jugement du 23 septembre 2003

dans la cause

X, demanderesse,
représentée par l'avocat Philippe Nordmann, à Lausanne,

contre

Y SA, défenderesse.

Art. 11 al. 1^{er}, 33 LCA; 102 al. 2 LAMal.

E n f a i t :

A. X, née en 1952, était affiliée depuis le 1^{er} juillet 1994 à Y au titre de l'assurance obligatoire selon la LAMal. Dès le 1^{er} janvier 1997, elle disposait en outre des couvertures "CP" et "OP", souscrites auprès de Y SA et relevant du droit privé.

Le 4 octobre 1999, la Clinique privée Beau-Site, à Berne, a adressé à l'assureur une demande de garantie à raison d'un traitement hospitalier concernant l'assurée. Dite demande a été rejetée par l'assureur le 7 octobre 1999. Une nouvelle demande de garantie, portant sur un objet identique, a été adressée à l'assureur le 26 octobre 1999; elle a été rejetée le lendemain. Le 3 novembre suivant, l'assurée a contesté la position de son assureur, lequel a maintenu ses motifs par écriture du surlendemain.

Le 4 novembre 1999, l'assurée a subi une ablation d'implants mammaires de silicone avec capsulectomie totale, excision d'une glande mammaire axillaire accessoire et réfection de la poitrine. L'intervention a été pratiquée, à la Clinique Beau-Site, conjointement par le Dr F, spécialiste en chirurgie plastique et reconstructive, et par le Dr C, spécialiste FMH en gynécologie. Ce médecin-ci n'a toutefois pratiqué que l'excision de la glande mammaire axillaire accessoire.

Le 3 mars 2000, l'assureur a établi un décompte de prestations en relation avec l'opération en question, s'agissant des frais tant médicaux qu'hospitaliers. La somme de 2'858 fr. 35 a été remboursée, à raison des seuls honoraires du Dr C, sur un total de 14'194 fr. 30. En outre, il a proposé, à bien plaisir, de verser la moitié du forfait journalier prévu par les conditions d'assurance applicables à la couverture OP, soit 800 fr. pour un séjour hospitalier de deux jours. Dans une lettre adressée à l'assureur le 29 juin 2000, le Dr C a précisé que l'acte chirurgical qu'il avait accompli l'avait été "dans le même temps opératoire que l'intervention du Docteur F".

B. X, représentée par l'avocat Philippe

Nordmann, a saisi le Tribunal des assurances le 12 juin 2001, concluant au versement par Y, de la somme de 11'335 fr. 95 plus intérêts à 5 % l'an dès l'ouverture d'instance.

Dans sa réponse, la défenderesse a conclu principalement au rejet de la demande et à ce qu'il soit confirmé que l'opération pratiquée le 4 novembre 1999 relève de la chirurgie plastique. Subsidiairement, elle demande qu'il soit reconnu que la Clinique Beau-Site ne figure pas sur la liste des établissements agréés pour les assurés vaudois, de sorte que "seules les prestations des chiffres 2.2 et 3.2 des conditions spéciales pour l'assurance-maladie complémentaire, catégorie O P (CSC O+), édition 1999, peuvent être servies".

Les parties ont maintenu leurs conclusions respectives au cours de l'échange d'écritures ultérieur.

C. Le Juge instructeur a adressé un questionnaire aux Docteurs C et F. Il a en outre invité les parties à établir chacune leurs questionnaires à l'intention de ces praticiens. La demanderesse a établi deux questionnaires; la défenderesse a renoncé à procéder.

Le Dr C a, dans un rapport complémentaire du 27 août 2002, fait savoir que "la résection de la glande mammaire axillaire accessoire était de toute façon programmée, même si l'on ne faisait pas le changement des prothèses mammaires"; cette intervention nécessite "de toute façon" une narcose d'une heure et un séjour hospitalier de deux jours.

Pour sa part, le Dr F a, par avis du non daté reçu le 4 septembre 2002, indiqué que la fibrose capsulaire et les douleurs de la patiente constituaient des raisons médicales pour enlever les implants mammaires ("Die Implantate wurden aus medizinischen Gründen entfernt (Kapsel-fibrose und Schmerzen)"). Il n'y avait pas d'aspects esthétiques. Un chirurgien aurait aussi pu procéder à l'intervention en question.

E n d r o i t :

1.a) La demande est, d'après son intitulé, dirigée contre "Y, Assurance maladie et accidents", qui est un assureur-maladie au sens de la LAMal. La demanderesse ne se prévaut toutefois que de la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA). Or, les couvertures soumises à cette loi, souscrites notamment pas les assurés affiliés à Y, le sont auprès de Y SA. Cet assureur-ci est soumis à la loi fédérale sur la surveillance des institutions d'assurance privées (LSA) et ne pratique que la LCA. La réponse émane de Y SA, dont le siège est à la même adresse que celui d'Y. La défenderesse n'excipe nullement de la désignation incorrecte entachant la demande et procède sans réserve sur le fond. Il serait dès lors excessivement formaliste de renvoyer l'assurée à mieux agir en déposant une demande à l'encontre d'Y SA.

b) Abstraction faite du régime transitoire de l'article 102 alinéa 2 LAMal (cf. c. 6b ci-dessous), les couvertures complémentaires à l'assurance-maladie sociale sont soumises au droit privé, soit à la 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]), ce que ne contredit aucune norme de droit fédéral (ATF 125 III 461, JT 2000 I 124).

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, JT 1998 I 377, RAMA 1998, KV 35 p. 290).

c) Comme on le verra ci-après, la demanderesse se prévaut, entre autres moyens, de la garantie des droits acquis selon le régime transitoire institué par l'article 102 alinéa 2 LAMal. Que la norme légale topique relève de l'assurance-maladie sociale n'empêche nullement l'application de la procédure propre aux assurances complémentaires (ATF 123 V 324, spéc. c. 3, RAMA 1998, KV 22 p. 49).

d) Le Tribunal des assurances est compétent pour connaître du présent litige (décret du Grand Conseil du 20 mai 1996 [RSV 2.2 D]). Selon les conclusions de la demande, la valeur litigieuse est supérieure à 8'000 francs.

2.a) A teneur de l'article 11 alinéa 1er, première phrase, LCA, l'assureur est tenu de remettre au preneur d'assurance une police constatant les droits et les obligations des parties. Selon l'article 33 LCA, sauf disposition contraire de la présente loi, 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.

b) Le droit des assurances privées consacre l'existence des conditions d'assurances, qu'elles soient générales ou particulières (cf. Viret, Droit des assurances privées, Zurich 1983, pp. 19 s.); ces clauses contractuelles déterminent l'essentiel des obligations des parties, sous réserve, notamment, des dispositions impératives ou relativement impératives énoncées par les articles 97 et 98 LCA.

c) Chacun des contrats d'assurance ici en cause procède des conditions générales d'assurance de la défenderesse applicables à l'assurance-maladie complémentaire. L'article 4 alinéa 1^{er} chiffre 3 desdites CGA prévoit que sont exclues de l'assurance les interventions de chirurgie plastique et reconstructive.

3.a) En l'espèce, la première question déterminante pour l'issue du litige est de savoir si l'acte opératoire pratiqué sur la personne de la demanderesse par le Dr F relève de la chirurgie plastique et reconstructive. Dans l'affirmative, le droit aux prestations sera par principe exclu. Dans la négative, il y aura lieu en outre de trancher la question de savoir si l'assurée est déchue de tout ou partie de ses droits en raison de l'établissement dans lequel a été pratiquée l'intervention.

b) L'objet de la couverture C P est limité à la "couverture intégrale des frais d'hospitalisation en division générale de l'ensemble des

hôpitaux publics de Suisse" (art. 1^{er} al. 1^{er} des conditions spéciales applicables à cette couverture). Or, la demanderesse a été hospitalisée dans une clinique privée. Partant, la couverture en question n'est pas en cause in casu.

4. Les réponses fournies par le Dr F durant l'instruction complémentaire établissent que l'intervention chirurgicale procédait d'une indication médicale dépourvue d'aspects esthétiques; elles ne sont infirmées ni par l'avis du Dr C, ni par aucune autre pièce du dossier. La défenderesse ne requiert aucun complément d'instruction. L'acte thérapeutique en question ne tombe dès lors pas sous le coup de l'article 4 alinéa 1^{er} chiffre 3 des CGA de la défenderesse. Il ne relève pas davantage d'une autre disposition contractuelle excluant toute prestation en raison de la nature du traitement.

5. Le droit aux prestations ne pourrait dès lors être nié qu'à raison de restrictions fondées sur la liste hospitalière.

La défenderesse a édicté, avec effet au 1^{er} janvier 1996, une liste exhaustive des établissements agréés pour les assurés domiciliés dans le canton de Vaud. Cette liste a été modifiée à plusieurs reprises depuis lors. La Clinique Beau-Site n'y a jamais figuré, notamment pas en 1999.

L'article 6 alinéa 1^{er} des conditions spéciales d'assurance applicables à la couverture OP, dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 1999, prévoit que "les prestations de la présente catégorie d'assurance étant garanties en nature, et non en espèces, seuls les fournisseurs de soins agréés par Y peuvent être appelés à dispenser des soins, prodiguer des traitements ou accueillir des patients; à cet effet, l'assureur s'engage à remettre à l'assuré une liste à jour des fournisseurs de soins agréés".

6.a) La demanderesse fait valoir qu'aucun contrat n'est venu à chef entre parties pour ce qui est de la liste de cliniques agréées. En effet, il n'y aurait pas eu d'échange de volontés à cet égard. Au surplus, elle se prévaut de la protection des droits acquis selon l'article 102 alinéa 2 LAMal. Elle considère que la couverture antérieure, soumise à l'assurance-maladie sociale, ne prévoyait "aucune limitation du choix de l'établissement".

b) Les couvertures complémentaires sont soumises exclusivement à la LCA à compter du 1^{er} janvier 1997 au plus tard, soit à l'échéance du régime transitoire institué par l'article 102 alinéa 2 LAMal (cf. Kieser, Die Neuordnung der Zusatzversicherung - Eine Würdigung der übergangsrechtlichen Bestimmung von Art. 102 Abs. 2 KVG, Aktuelle Juristische Praxis 1997, pp. 11 ss). Cette disposition oblige toutefois l'assureur à offrir à ses assurés des contrats qui prévoient une couverture d'assurance ayant au moins la même étendue que celle dont ils bénéficiaient jusqu'alors.

Dans le délai transitoire légal, la défenderesse a soumis ses nouvelles conditions d'assurance promises à entrer en vigueur le 1^{er} janvier 1997 aux autorités de surveillance administratives auxquelles elle doit rendre compte. L'approbation étant venue à chef, l'assureur a, au cours du dernier trimestre de l'année 1996, adressé une communication à l'ensemble des assurés concernés afin de les informer de leurs droits dès le 1^{er} janvier 1997, s'agissant notamment de la liste des établissements agréés. Le modèle de formule produit par la défenderesse en fait foi. Or, la demanderesse ne peut être présumée avoir été traitée différemment que les autres assurés. Du reste, elle n'allègue nullement ne pas avoir reçu la communication. Bien plutôt, elle semble reconnaître que ce document lui est parvenu, puisqu'elle se limite à contester sa validité au regard du régime transitoire légal, et non sa réception.

La jurisprudence rendue en matière d'assurance-maladie sociale admet la légalité de l'envoi de communications en masse sous plis simples (ATF 120 V 33, c. 2a et 2c, RAMA 1994, K 937 p. 133). Ces principes s'appliquent à la couverture ici en cause. En effet, il s'agit d'informations qui, si elles portent sur des droits déduits de la LCA, n'en ont pas moins été données en vertu d'une obligation découlant de la législation sociale. De surcroît, Y, respectivement Y SA, avait la charge d'un portefeuille d'environ 200'000 assurés, ce qui justifie des envois groupés. Sous l'angle du droit à la preuve, on ne saurait dès lors retenir à l'encontre de la défenderesse de ne pas avoir archivé la communication adressée à la demanderesse.

La liste des établissements agréés est ainsi réputée avoir été

adressée à la demanderesse pour le 1^{er} janvier 1999. Elle l'a du reste été, dans ses teneurs successives, depuis l'entrée en vigueur du contrat soumis à la LCA, qui a succédé à une couverture relevant du droit social au 1^{er} janvier 1997 selon le régime transitoire institué par l'article 102 alinéa 2 LAMal.

7. Les nouvelles conditions d'assurance étant ainsi réputées valablement communiquées, il reste à déterminer si leur teneur satisfait à la garantie légale des droits acquis.

Comme déjà relevé, la liste exhaustive a été introduite en 1996 déjà et la Clinique Beau-Site n'y a jamais figuré. Les droits et obligations des parties au rapport d'assurance étaient, pour ce qui est de l'année transitoire 1996, soumis à l'ancien droit, soit à la LAMA (ATF 124 V 134, RAMA 1998, KV 31 p. 255; voir aussi RAMA 1998, KV 37 p. 315). C'est donc la couverture de l'année 1996 qui doit être confrontée à celle de 1997. Or, leurs étendues respectives ne diffèrent pas quant à l'objet ici litigieux. Il n'y a donc pas de droit acquis que pourrait protéger la norme légale précitée. A l'aune de l'article 102 alinéa 2 LAMal, l'assureur n'avait dès lors pas à proposer une autre couverture d'assurance à l'assurée.

Au surplus, la demanderesse semble méconnaître les modalités du régime transitoire applicable aux assurances complémentaires, dans la mesure où elle ferait valoir que l'assuré ne peut consentir que par déclaration expresse à une diminution de sa couverture à l'échéance du délai d'une année conféré par l'article 102 alinéa 2 LAMal.

La demanderesse est donc liée par les conditions spéciales d'assurance de la couverture OP et par la liste qui en constitue l'annexe.

8. Cela étant, il reste à déterminer si le libellé de ces dispositions contractuelles est d'une précision suffisante pour être opposable à l'assuré au regard des principes généraux régissant l'interprétation des déclarations de volonté. Est déterminant le principe dit de l'inhabituel, s'agissant notamment de la règle "in dubio contra stipulatorem" (Unklarheitsregel), soit "in dubio contra

assicuratore" (cf. ATF 118 II 342, c. 1a; 122 III 118; voir aussi ATF 116 II 189; 119 II 443; 121 III 414; 124 III 155, c. 1b p. 158; TF, IIe Cour civile, Dusan Vukovic c. Helsana Assurances SA, du 9 février 2000, ad TAss VD du 30 août 1999, AMC 32/98 - 7/1999).

La disposition précitée des conditions spéciales applicables est exempte de toute équivoque; il en va de la même de la liste fondée sur la norme contractuelle en question. La limitation du risque couvert satisfait ainsi, dans la précision de son libellé, aux exigences déduites des articles 11 alinéa 1er, première phrase, et 33 LCA précités. Ce libellé ne peut être compris autrement que comme une exclusion de principe de toutes prestations à raison de soins dispensés par un fournisseur non agréé. Cette exclusion ne contrevient à aucune des dispositions impératives ou relativement impératives énoncées par les articles 97 et 98 LCA.

9. Au vu de ce qui précède, les conclusions de la demanderesse doivent être rejetées. La défenderesse obtenant entièrement gain de cause sur les conclusions de la demande, il est sans objet de statuer sur ses conclusions libératoires subsidiaires en constatation de droit.

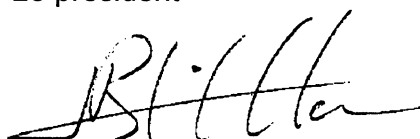
10. Il doit, enfin, être statué d'office sur l'octroi de dépens en faveur de la partie victorieuse (JdT 2001 III 2). Ils ne sauraient cependant être alloués à la défenderesse, faute pour elle d'avoir consulté un mandataire professionnel.

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

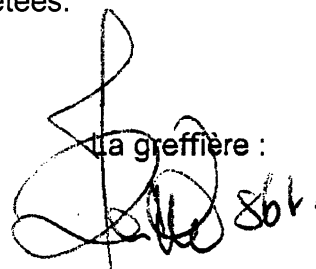
I. Les conclusions de la demande sont rejetées.

II. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président



La greffière :



DU - 3 DEC. 2003

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)

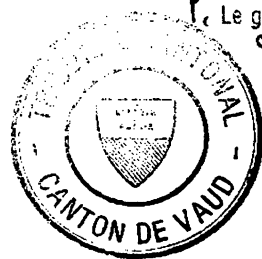
(art. 43 ss OJF, spéc. art. 46, 54 et 55).

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

La greffière :


PHOTOCOPIE CERTIFIÉE
CONFORME A L'ORIGINAL

Le greffier :





bc