



**TRIBUNAL DES ASSURANCES**

---

**PRESIDENT DU TRIBUNAL DES ASSURANCES**

---

Présidence de M. R I T T E R, juge

Greffier : M. Addor, greffier-substitut

\* \* \* \* \*

**Jugement du 15 décembre 2004**

dans la cause

X , représentée par l'avocat François Roux, à  
Lausanne, demanderesse,

contre

O **ASSURANCES** (ci-après : O ), à Carouge, défenderesse.

---

**Art. 33 LCA**

**En fait :**

A. X , née en 1947, est assurée contre la maladie auprès d'O au titre d'un contrat individuel régi par la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (ci-après : LCA), de la catégorie "DUE+". Elle a subi une gastroplastie en avril 2002.

Le 19 mai 2003, l'assurée a rempli une demande d'accès par abonnement à la salle de sport "Le Gynécée", pour une durée de douze mois courant depuis le 1<sup>er</sup> juin suivant, moyennant le paiement d'une cotisation brute de 1'829 francs 20, soit 1'700 francs, hors TVA.

L'assureur a refusé toute prestation en relation avec les coûts ci-dessus, motif pris qu'ils n'étaient pas couverts par le contrat d'assurance conclu.

B. X a saisi le Tribunal des assurances le 30 juin 2004, concluant à ce que la défenderesse prenne à sa charge une somme annuelle de 500 francs, au titre de son inscription à la salle de gymnastique qu'elle fréquente.

Dans sa réponse du 14 septembre 2004, la défenderesse a conclu au rejet des conclusions de la demande.

Dans sa réplique du 15 novembre 2004, la demanderesse, représentée par son conseil, a confirmé ses conclusions, avec suite de frais et dépens, tout en développant ses moyens. En substance, elle expose qu'à la suite de la gastroplastie subie, elle se devait d'entretenir sa forme, avec ou sans prescription médicale; que, sur la recommandation faite par son médecin, son choix s'est porté sur "Le Gynécée", seule salle de sport réservée aux femmes; enfin, qu'elle ne discerne pas les motifs conduisant O à prendre en charge les coûts afférents à la fréquentation du fitness K Training, mais non pas ceux relatifs à la fréquentation du Gynécée. La demanderesse a également produit un certificat médical délivré le 10 octobre 2004 par son médecin traitant, la Dresse Z , spécialiste FMH en gynécologie et

obstétrique, à Lausanne, par lequel celle-ci conseille à la patiente de se rendre à la salle de sport "Le Gynécée", dans le but d'y pratiquer de l'exercice physique, élément essentiel du traitement faisant suite à l'opération subie, ainsi qu'au titre de la prévention de l'ostéoporose. Le choix de l'établissement a été dicté par la qualité de son personnel et des engins utilisés, ainsi que par le fait que l'accès en est strictement réservé aux femmes.

Pour sa part, la défenderesse a confirmé ses conclusions antérieures dans sa duplique du 2 décembre 2004.

C. Par lettre du 15 décembre 2004, la demanderesse s'est étonnée de ce que O "entend soutenir que l'interprétation de ses propres conditions générales devrait passer par le biais de la consultation de son site internet". Or, le contrat individuel ainsi que les conditions générales d'assurance y applicables ont été produits par la défenderesse. Ces pièces ont de surcroît été dûment communiquées à la demanderesse, laquelle a pu ainsi en prendre connaissance, directement ou par l'intermédiaire de son conseil. Il suit de là que cette lettre est désormais sans objet pour l'issue du présent litige.

#### **E n d r o i t :**

1. Les assurances complémentaires sont soumises au droit privé, soit à la LCA, en vertu de l'article 12 alinéa 3 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie. 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 [RSV 2.2 D, ROLV 1996 p. 119; FAO 1996 p. 1956]), ce que ne contredit aucune norme de droit fédéral (ATF 125 III 461, JdT 2000 I 124).

La compétence du Tribunal des assurances pour toutes les assurances-maladie (complémentaires) relevant de la LCA a été reconnue par l'autorité cantonale de recours supérieure (Ch. rec., arrêt P c. La K Assurances, du 24 juin 1998, n° 257/1998, publié in JdT 1999 III 106 ss). Un recours en réforme interjeté contre cet arrêt devant le Tribunal fédéral a été déclaré irrecevable par arrêt du 7 avril 1999 de la IIème Cour civile.

La demande est recevable.

2. En l'espèce, la seule question à trancher est celle de savoir si la demanderesse peut déduire du contrat passé avec la défenderesse un droit à une prise en charge des coûts de l'abonnement lui donnant accès à la salle de sport "Le Gynécée" et, dans l'affirmative, de quelle quotité jusqu'à concurrence d'un montant de 500 francs par an.

3. a) 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, 2<sup>e</sup> éd., Zurich 1985, p. 78).

A teneur de l'article 11 alinéa 1<sup>er</sup>, première phrase, LCA, l'assureur est tenu de remettre au preneur d'assurance une police constatant les droits et obligations des parties.

En l'espèce, il est constant que la demanderesse est en possession des polices "Assurance complémentaire individuelle, Conditions générales (CGA-1)" et "Conditions spéciales, Assurance complémentaire D", de sorte qu'il y a lieu d'admettre que la demanderesse est affiliée auprès d'Intras, ce qui n'est du reste contesté par aucune des parties.

b) 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.

Les assurances-maladie complémentaires ne sont pas régies exhaustivement par la loi; elles relèvent, 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).

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. 1<sup>er</sup> LCA) et en conditions particulières, lesquelles font partie intégrante du contrat (Viret, Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, éd. IRAL, Lausanne 1997, p. 673). L'assureur peut les modifier en préservant les droits de l'assuré selon l'article 35 LCA, étant en outre précisé que la LCA comporte des dispositions impératives (art. 97) et des dispositions qui ne peuvent être modifiées au détriment du preneur d'assurance ou de l'ayant-droit (art. 98).

c) Les dispositions contractuelles doivent être interprétées comme un assuré de bonne foi peut et doit les comprendre en faisant preuve de l'attention qu'on est en droit d'attendre de lui. Ce dernier ne saurait donc subir de préjudice en raison du manque de clarté d'une clause rédigée par un assureur; ces principes généraux sont déduits de la règle dite de l'inhabituel, s'agissant notamment de la règle "in dubio contra stipulatorem" (Unklarheitsregel), soit "in dubio contra assicuratorem" (cf. ATF 118 II 342, c. 1a; 122 III 118; voir aussi ATF 116 II 89; 119 II 443; 121 III 414; 124 III 155, c. 1b p. 158).

d) En l'espèce, le litige doit être tranché à l'aune de l'article 17 des Conditions spéciales, Assurance complémentaire D . Intitulée "Mesures de prévention", cette disposition prévoit que " O prend en charge le 90 % des frais de mesures médicales prescrites ou effectuées par un médecin dans un but de prévention de la santé de l'assuré, jusqu'à concurrence de Fr. 500.- par année civile". En application des principes rappelés au considérant 3c ci-dessus, on peut déduire de l'article 17 des conditions d'assurance applicables au cas présent que cette disposition définit les conditions de remboursement des coûts de mesures de prévention de la santé et indique la quotité prise en charge par l'assureur.

4. En l'espèce, la défenderesse ne conteste pas qu'un abonnement à une salle de gymnastique puisse permettre l'octroi des prestations ici litigieuses. Elle fait toutefois valoir, d'une part, que c'est sans prescription médicale que la

demanderesse a pris l'initiative de s'abonner, et, d'autre part, que seule une autre méthode de gymnastique ("K Training") peut être prise en charge. Pour sa part, la demanderesse soutient que l'indication médicale a été donnée et que la fréquentation du centre de sport "Le Gynécée" n'occasionne à l'assureur aucun surcoût par rapport au "K Training".

Les arguments de la demanderesse ne sont pas déterminants pour l'issue du litige, sachant qu'une condition contractuelle préalable à toute prise en charge fait défaut en l'espèce, à savoir l'existence de "mesures médicales (...) dans un but de prévention de la santé de l'assuré" au sens de la disposition contractuelle topique. En effet, on ne saurait assimiler la pratique de la musculation sur machines à une telle mesure, faute pour cet entraînement d'avoir le moindre caractère relevant intrinsèquement de la prophylaxie médicale, à plus forte raison de la thérapie. En particulier, on ne voit guère quel est le but de prévention visé, l'attestation médicale du 10 octobre 2004 produite par la demanderesse se limitant à relever que "l'activité physique est un élément essentiel du traitement comme de la prévention de l'ostéoporose", ce qui ne permet nullement de conclure que seule la musculation en salle est à même d'atteindre ce but, à l'exclusion de toute autre activité ne nécessitant pas d'abonnement auprès d'un centre sportif. Au surplus, la Dresse Z ne rattache nullement la pratique de la gymnastique en salle à la gastroplastie subie par l'assurée en avril 2002. Le simple fait que le bien-être général de l'assurée bénéficie de la pratique d'une activité physique ne suffit pas à fonder un droit aux prestations, à peine de contrevenir au principe même de l'assurance, dès lors qu'il n'y aurait plus d'événement assuré dont la survenance devrait être évitée; en outre, la responsabilité de l'assureur ne pourrait, toujours dans cette hypothèse, plus être contenue dans des limites définies.

5. Au vu de ce qui précède, les conclusions de la demande doivent être rejetées.

6. La valeur litigieuse étant inférieure à 8'000 francs, la cause a été tranchée par le Président du Tribunal des assurances statuant comme juge unique (art. 11 LTA).

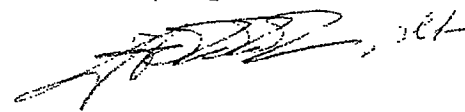
**Par ces motifs,  
le Président du Tribunal des assurances  
prononce :**

Les conclusions de la demande déposée par X contre  
O Assurances sont rejetées.

Le président :



Le greffier :



Du 31 MARS 2005

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;

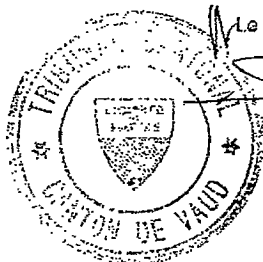
d. Lorsque la constatation d'un fait que la juridiction cantonale doit apprécier d'après le droit fédéral est attaquée pour le motif qu'elle repose manifestement sur une inadvertance, l'indication exacte de cette constatation et la pièce du dossier qui la contredit;

e. Le cas échéant, la demande d'assistance judiciaire (art. 152 OJF).

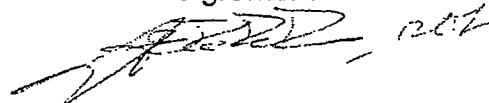
(art. 43 ss OJF, spéc. art. 46, 54 et 55).

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

PHOTOCOPIE CERTIFIÉE  
CONFORME A L'ORIGINAL



Le greffier :

Le greffier : 

ns