



**TRIBUNAL DES ASSURANCES**

---

---

**PRESIDENT DU TRIBUNAL DES ASSURANCES**

---

---

Présidence de Mme T H A L M A N N , juge

Greffier : Mme Rouiller, greffière-substitut

\* \* \* \* \*

**Jugement du 16 juillet 2005**

dans la cause

X , demanderesse, représentée par ASSUAS à  
Carouge (GE),

contre

**Caisse maladie Y** ; (ci-après : la caisse ou Y ), à Tolochenaz,  
défenderesse.

---

Art. 12 LAMal, 33 LCA

Vu la relation d'assurance qui lie X à Y pour l'assurance obligatoire des soins selon la loi sur l'assurance-maladie (ci-après : LAMal),

vu la couverture d'assurance complémentaire dont bénéficie également l'assurée pour hospitalisation en division privée avec libre choix de l'établissement et selon le système de la prime calculée en fonction de l'âge d'entrée (Module D) régie par la loi sur les contrats d'assurance (ci-après : LCA) (ci-après : assurance complémentaire Module D),

vu l'accident dont a été victime l'assurée le 4 août 2003 à Schönried (BE), lequel a occasionné une fracture du col du fémur droit,

vu l'hospitalisation subséquente de l'intéressée à l'hôpital de Saanen (BE),

vu le rapport médical de sortie du 22 août 2003, émanant du Dr B, de l'hôpital de Saanen, dans lequel ont notamment été diagnostiquées une fracture du fémur droit, et une suspicion d'une petite embolie pulmonaire, partie inférieure à droite, le rapport de sortie indiquant, par ailleurs, qu' *"il a été décidé d'anticoaguler la patiente"* et que *"la mobilisation avec charge partielle s'est montrée ralenti. Malgré tout, il apparaît clairement des possibilités d'une réhabilitation. En quittant l'hôpital, elle se trouve en grande partie indépendante, grâce à ses cannes"*,

vu le séjour effectué par l'assurée en soins stationnaires à la Clinique La Lignière du 24 août au 18 septembre 2003, et la formule de demande de garantie y relative qui contient les informations suivantes :

*" (...) Lit B en réadaptation otho-neurologique et médecine générale, + taxe d'entrée CHF 210; 530.00. A défaut de convention, Y ne donne aucune garantie. En revanche, la patiente est bel et bien assurée par Y section FRV par l'AOS (...)."*

vu la prise de position motivée du 18 août 2003, par laquelle Y :

- indique que la prise en charge du séjour de réadaptation effectué à la Clinique La Lignière se fera selon l'assurance obligatoire des soins, en tiers garant et par analogie, à concurrence de ce qu'aurait coûté un séjour de réadaptation dans un hôpital public vaudois, à savoir 237 fr. par jour et une taxe d'admission de 210 francs,

et

- refuse de servir les prestations de l'assurance complémentaire Module D, motif pris que l'assurance souscrite ne couvre que les séjours en soins aigus et non les séjours de réadaptation tels que celui effectué à la Clinique La Lignière dès le 24 août 2003 dont la prise en charge est présentement discutée,

vu le courrier de l'assurée du 13 septembre 2003, qui s'oppose à la prise de position de la caisse,

vu communication de Y du 21 octobre 2003, par laquelle, dite caisse refuse derechef les prestations de l'assurance complémentaire Module D, celles-ci n'étant pas dues s'agissant d'un séjour de réadaptation (cf. p. 2),

vu la lettre de l'assurée du 11 novembre 2003, par laquelle celle-ci fait savoir à Y qu'elle considère que le séjour à la Clinique de la Lignière ne figure pas "*parmi les prestations exclues*" de l'assurance complémentaire Module D et réclame une nouvelle fois la prise en charge des prestations dues au titre de cette couverture,

vu le courrier de la caisse du 1<sup>er</sup> décembre 2003, par lequel elle transmet à l'autorité de céans la lettre précitée,

vu la réponse de la caisse du 29 décembre 2003, qui confirme sa position,

vu la réplique du 27 janvier 2004, par laquelle la recourante, représentée par l'ASSUAS, fait valoir que *"transportée d'urgence pour y subir une intervention chirurgicale à l'hôpital de Saanen, elle n'a été amenée à La Lignère en convalescence qu'après une embolie pulmonaire (...). Ce séjour répond par conséquent à la notion de soins somatiques aigus"*,

vu la duplique de la caisse du 2 mars 2004, qui confirme son refus de servir les prestations de l'assurance complémentaire Module D,

vu le courrier de l'ASSUAS du 5 novembre 2004,

vu les pièces du dossier;

attendu qu'abstraction faite du régime transitoire de l'article 102 alinéa 2 LAMal, qui n'est pas en cause ici, les assurances complémentaires sont soumises au droit privé, soit à la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA), en vertu de l'article 12 alinéa 3 LAMal,

que 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),

que 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; ATF 123 V 324, c. 3a, RAMA 1998, 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 s., 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),

que la compétence du Tribunal des assurances pour toutes les assurance-maladie (complémentaires) relevant de la LCA a été reconnue par l'autorité cantonale de recours supérieure (Ch. rec., arrêt Q c. S Assurances, du 24 juin 1998, no 257/1998, publié in JT 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 I<sup>le</sup> Cour civile,

que dans la mesure où c'est le refus de prise en charge des soins reçus à la Clinique La Lignière au titre de l'assurance complémentaire Module D qui est contesté, la lettre de l'assurée à Y du 11 novembre 2003 transmise à l'autorité de céans doit être considérée comme une demande recevable au sens des dispositions précitées,

que, pour le surplus, les griefs de l'intéressée visant les modalités de la prise en charge selon l'assurance obligatoire des soins, sont irrecevables dans la présente procédure,

qu'ils font toutefois l'objet d'un procès ouvert parallèlement (cause AM 105/04), par la même communication du 11 novembre 2003, valant, pour cet aspect du litige, recours interjeté en temps utile;

attendu que la question litigieuse est de savoir si c'est à juste titre que la caisse défenderesse refuse de servir les prestations de l'assurance complémentaire Module D pour le séjour effectué par son assurée à la Clinique La Lignière dès le 24 août 2003;

attendu que 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),

qu'à la différence de la couverture des soins de l'assurance-maladie sociale, 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 s.; Recueil de travaux, op. cit., p. 671),

que, 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 de travaux, op. cit., 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),

qu'à teneur de 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 et non équivoque,

que, cela étant, le présent litige doit être tranché à l'aune des dispositions topiques des conditions générales de l'assurance complémentaire à l'assurance obligatoire des soins (Edition 2000) (ci-après : CGA), ainsi que de la LCA,

que selon l'article 22 CGA, l'assurance complémentaire Module D *"complète les prestations de l'assurance obligatoire des soins au sens de la LAMal en cas d'hospitalisation pour soins somatiques aigus, en division semi-privée ou privée – selon le module choisi par l'assuré -, d'un établissement*

*public ou privé admis par le canton au sens de sa planification hospitalière" (cf. let. a),*

qu'en l'espèce, le séjour dans dite clinique consistait essentiellement en une réadaptation suite à la fracture du col du fémur et en l'administration d'un anticoagulant qui s'est d'ailleurs poursuivie après le retour de l'assurée à son domicile,

que ces prestations ne rentrent à l'évidence pas dans la catégorie des soins somatiques aigus,

qu'au demeurant, il ressort de la formule de la demande de garantie remplie par la Clinique La Lignère en août 2003 que le forfait journalier appliqué est celui d'un lit B en réadaptation ortho-neurologique et médecine générale,

que, sur cette même formule, Y a indiqué qu'à défaut de convention, elle n'octroyait aucune garantie de prise en charge par l'assurance complémentaire Module D du séjour stationnaire litigieux,

qu'enfin, aucun élément médical figurant au dossier n'atteste de soins aigus administrés à la demanderesse durant son séjour à la Clinique La Lignère,

que c'est ainsi à juste titre que la caisse a considéré qu'aucune prestation n'était due à charge de l'assurance complémentaire Module D pour ledit séjour,

que, mal fondées, les conclusions de la demande déposée le 11 novembre 2003 contre Y par X doivent de ce fait être rejetées;

attendu que selon l'article 11 de la loi sur le tribunal des assurances, le juge instructeur statue comme juge unique lorsque la valeur litigieuse est inférieure à 8'000 francs,

que c'est le cas en l'espèce,

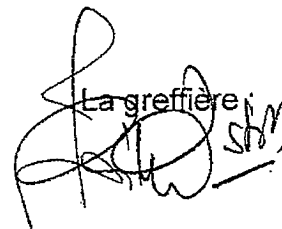
**Par ces motifs,  
la Présidente du Tribunal des assurances  
prononce :**

- I. Les conclusions de la demande déposée le 11 novembre 2003 contre Caisse maladie-accidents Y par X - tendant à la prise en charge par l'assurance complémentaire Module B du séjour effectué à la Clinique La Lignière dès le 24 août 2003 - sont rejetées.

La présidente :



La greffière :



Du **31 AOUT 2005**

Le présent jugement, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est communiqué aux parties par lettre signature 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).

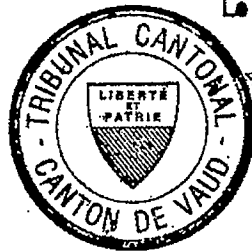
(art. 43 ss OJF, spéc. art. 46, 54 et 55).

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

La greffière  
*[Signature]*

bc

PHOTOCOPIE CERTIFIÉE  
CONFORME À L'ORIGINAL



*[Signature]*