

TRIBUNAL DES ASSURANCES

Présidence de M. DIND, juge

Membres : MM. Bonard et Guignard, assesseurs

Greffier : Mme Vuagniaux, greffière

* * * * *

Jugement du 24 novembre 2008

dans la cause

X., représenté par l'avocat Paul Marville, à
Lausanne, demandeur,

contre

A. **ASSURANCES SA**, à Lausanne (ci-après : A. ou la caisse), à
Lausanne, défenderesse.

Art. 12 al. 3 LAMal; 33 LCA

En fait :

A. X., né en 1929, est au bénéfice de plusieurs polices d'assurance complémentaire auprès de A., notamment ... (pour l'hospitalisation en division privée ou en clinique, sans limitation du choix de l'établissement), et ... (pour les soins spéciaux élargis). Victime d'un accident de la circulation en France le 19 mars 2005, l'intéressé a séjourné à la clinique ..., à Lausanne, du 25 mars au 18 mai 2005, souffrant de fractures au tibia gauche, au bassin, au sternum et à la sixième vertèbre dorsale, d'une pancréatite post-traumatique et de contusions au genou gauche.

L'infirmière-conseil de A. a visité l'assuré à la Clinique ... le 4 mai 2005. Il ressort du formulaire « Grille d'évaluation pour les soins aigus » rempli par celle-ci, que l'assuré a subi des radiographies une semaine auparavant afin de contrôler l'évolution des fractures, qu'il peut être transféré dans un centre de réadaptation et qu'une suite de traitement est prévue après la sortie de clinique, sous la forme d'une dizaine de séances de physiothérapie en ambulatoire. L'infirmière-conseil a ajouté les commentaires suivants :

« Patient a débuté la réadaptation il y a environ une semaine. Commence à marcher avec déambulateur et les cannes. A besoin d'une présence car encore chancelant à la marche. Patient dit qu'il devrait rester encore deux semaines pour terminer sa réadaptation et retourner directement à domicile à sa sortie avec environ dix séances de physio en ambulatoire ».

Le 9 mai 2005, A. a informé la clinique ... qu'en égard aux observations effectuées par son infirmière-conseil, le séjour de l'intéressé pourrait [actuellement] relever d'une réadaptation, soit un risque non couvert par l'assurance complémentaire, et qu'il ne lui était par conséquent pas possible de garantir les frais du séjour en attendant les

renseignements médicaux demandés au Dr E., FMH médecine physique et réhabilitation et spécialiste de la colonne vertébrale.

Par lettre du 11 mai 2005, le Dr F., spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, à Lausanne, a informé A. qu'il était le médecin en charge du cas de l'assuré. Il indique qu'après avoir procédé, le 2 mai 2005, à l'ablation de la broche qui servait à la traction du fémur gauche, le premier jour de verticalisation du patient a été difficile; à ce jour, l'intéressé ne fait que quelques pas. Il ne voit dès lors pas comment l'infirmière-conseil peut considérer que la réadaptation a débuté le 4 mai 2005. Enfin, le médecin estime qu'en vertu des multiples atteintes présentées, son patient devrait bénéficier d'un séjour dans un centre de réadaptation.

Le 19 mai 2005, le Dr G. médecin-conseil de A., a confirmé la position de la caisse. En effet, le fait de considérer que le séjour de réhabilitation a commencé le 4 mai 2005 ne signifie pas que celui-ci est n'est pas utile ni médicalement nécessaire, mais simplement que la prise en charge par les physiothérapeutes et ergothérapeutes, et que le lever progressif et la récupération lente de la mobilité font partie d'une autre catégorie que les soins aigus. Au demeurant, le médecin se pose la question de savoir si les six semaines d'alitement pour traitement conservateur par traction d'une fracture comminutive sont à prendre en compte comme un traitement aigu.

Par lettre du 1^{er} juin 2005, A. a avisé la clinique et l'assuré qu'elle pouvait prendre en charge la phase aiguë du traitement du 23 mars au 3 mai 2005 en division privée, mais qu'il ne lui était pas possible de le faire à partir 4 mai 2005, les séjours de réadaptation et de suites de traitement constituant des risques exclus au sens de l'article 4.1.9 des conditions générales pour l'assurance-complémentaire (avec couverture subsidiaire de l'accident), édition 01.2003 (ci-après : CGA). La caisse rappelle en outre que ce n'est pas à l'assuré d'assumer la différence tarifaire, mais à l'établissement de modifier sa facture en conséquence.

Le 15 juillet 2005, A. a confirmé son courrier du 1^{er} juin 2005. En effet, les renseignements téléphoniques communiqués le 17 juin 2005 par le Dr F. au médecin-conseil n'ont pas permis à ce dernier de modifier son préavis initial. La caisse a ainsi refusé de payer la facture de la clinique ... du 3 juin 2005 concernant le séjour du 4 au 18 mai 2005, pour un montant de 11'557 fr. 75, ainsi que la note d'honoraires du Dr F. de 910 fr. relative aux visites post-opératoires durant la même période.

Par lettre du 17 août 2005 adressée à la direction de A., le Dr F. a expliqué qu'en énumérant l'ensemble des pathologies au Dr G. par téléphone le 17 juin 2005, ce dernier avait admis qu'il n'avait pas retenu l'intervention chirurgicale du 2 mai 2005 dans son appréciation et qu'il reviendrait sur sa décision de refus de prise en charge. Le médecin se déclare ainsi excessivement surpris par l'ambiguïté du discours du Dr G., d'autant plus qu'il avait annoncé ce changement de décision à son patient.

Dans un courrier du 25 août 2005, le Dr G. a regretté que son confrère puisse laisser croire à un double langage de sa part. En effet, il lui déclaré qu'il était déjà difficile de considérer le simple maintien au lit en traction durant 5 à 6 semaines comme séjour aigu et que l'« opération » du 2 mai 2005, soit l'ablation de la broche, ne saurait à elle seule justifier une prolongation de l'état aigu au-delà de quelques jours seulement. En revanche, le patient relevant d'un long séjour au lit et d'un polytraumatisme grave, il est certain qu'un séjour en clinique pour physiothérapie intensive et rééducation à la marche était parfaitement justifié.

Le 26 octobre 2005, le Dr F. a produit l'attestation suivante :

« Je, soussigné, certifie que le patient prénommé a été hospitalisé à la Clinique ... du 26 mars 2005 au 17 mai

2005. Ce patient a été victime d'un accident de la voie publique engendrant un polytraumatisme. Il présentait notamment une fracture-impaction avec luxation centrale du cotyle gauche, fracture complexe du pilon tibial gauche, contusion du genou gauche avec atteinte du sciatique poplité externe, pancréatite post-traumatique, fracture du sternum et de la 6^{ème} vertèbre dorsale. Le 28 mars 2005, j'ai procédé à une réduction sanglante et ostéosynthèse du pilon tibial gauche et remplacement de la traction du fémur gauche. Le patient a dû être alité en raison de la traction jusqu'au 2 mai 2005. J'ai procédé le 2 mai 2005 à l'ablation de la broche de traction au niveau du fémur gauche. Le patient, à partir de ce moment-là, a débuté une verticalisation, c'est-à-dire, passage de la position couchée à debout, rendue difficile par le long alitement. A partir de cette date-là, les contrôles sanguins successifs liés à une anémie post-traumatique ainsi qu'un contrôle par scanner de la pancréatite étaient nécessaires. Le patient a pu quitter la clinique le 17 mai 2005 pour un retour à domicile. Il est évident que le patient n'est pas resté à la Clinique ... du 2 mai 2005 au 7 (recte : 17) mai 2005 pour une rééducation. Il s'agissait de soins médicaux qui devaient être pris en charge dans une institution de soins aigus ».

Après plusieurs échanges de correspondances, A. a maintenu sa position de refus de prise en charge le 27 mars 2006.

Le 19 avril 2006, B. Assurances SA, à Lausanne (ci-après : B.), assureur pour l'assurance obligatoire des soins au sens de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (ci-après : LAMal), a refusé de payer les deux factures susmentionnées au motif que l'assuré n'était pas couvert en division privée ou semi-privée par ses soins.

B. Par demande du 18 janvier 2007, X., représenté par l'avocat Paul Marville, à Lausanne, a ouvert action devant

l'autorité de céans, concluant à ce que A. lui doit paiement des sommes de 11'557 fr. 75 (facture du 3 juin 2005 de la clinique ...) et 910 fr. (facture du 24 août 2005 du Dr F.), avec intérêt à 5 % l'an dès les 3 juillet 2005 et 25 septembre 2005 respectivement. Il soutient que le séjour du 4 au 18 mai 2005 à la clinique ... ne constituait pas une phase de réhabilitation, d'autant plus que pour une personne de son âge (76 ans à l'époque), les traitements médicaux n'aboutissent pas aussi rapidement au résultat escompté que pour un homme dans la force de l'âge, voire un jeune homme. De plus, le Dr G. a admis avoir oublié l'intervention du 2 mai 2005 et a réexaminé favorablement le cas malgré sa correspondance du 25 août 2005.

Dans sa réponse du 14 mars 2007, A. a conclu au rejet de la demande. Elle a indiqué que B. était entrée en matière pour le séjour du 25 mars au 3 mai 2005 à hauteur de 19'710 fr., qu'elle avait informé la clinique ... que le séjour relevait de la réadaptation à partir du 4 mai 2005 et que le Dr G. avait confirmé ce point de vue au Dr F. Elle fait valoir la facture de la clinique ... du 3 juin 2005 selon laquelle aucun acte médical de type aigu n'a été dispensé depuis le 4 mai 2005, et le fait que, au terme de la visite de l'infirmière-conseil, l'intéressé était parfaitement conscient d'avoir débuté la phase de réadaptation. En outre, elle note que le demandeur se prévaut d'arguments contradictoires. En effet, si un traitement de soins aigus était avéré du 25 mars au 18 mai 2005, se poserait la question de savoir pourquoi ce traitement n'a pas été suivi d'un séjour de réadaptation, puisque l'intéressé affirme avoir besoin de plus de temps pour recouvrer toute sa santé et que le Dr F. a lui-même recommandé une phase de réadaptation dans son courrier du 11 mai 2005. Compte tenu de ce qui précède, la caisse en déduit que la deuxième partie du séjour avait pour seul but de remettre l'assuré sur pied et de lui permettre de reprendre une vie normale.

Le demandeur a répliqué le 16 avril 2007 en précisant qu'il n'aurait pas pu rentrer à son domicile le 18 mai 2005 s'il n'avait pu

compter sur l'aide de sa famille, à défaut de laquelle il aurait absolument eu besoin d'une véritable période de réadaptation dans un établissement spécialisé. Il ajoute qu'il a dû faire appel à son médecin traitant, Dr H., à Aubonne, dès son retour à domicile pour des problèmes circulatoires à sa jambe opérée. Il annexe à son écriture un certificat du 2 avril 2007 établi par le Dr E., qui atteste que l'intéressé suit encore actuellement un traitement en médecine physique, ainsi qu'une attestation du 3 avril 2007 du Dr I., physiothérapeute-chef à l'Ensemble hospitalier de ..., selon laquelle le demandeur a suivi plusieurs séances depuis le 26 février 2007 et devra probablement poursuivre son traitement.

Le 24 avril 2007, le demandeur a produit une liste de témoins dont il sollicite l'assignation, soit les Drs F., H. et J. physiothérapeute, à Montreux, et Y. et Z.

En duplique du 10 mai 2007, A. a estimé que le nouvel argument du demandeur ne démontrait pas que la seconde partie du séjour hospitalier ne répondait pas à la notion de réadaptation. De plus, les certificats des Drs E. et I. ne prouvent pas que les traitements dispensés du 4 au 18 mai 2005 n'étaient pas des mesures de réadaptation.

Donnant suite à la requête du 1^{er} mai 2007 du juge instructeur, la défenderesse et le demandeur ont déposé leurs questionnaires à l'intention des Drs F., H. et J. les 25 mai 2007 et 27 juin 2007 respectivement.

En substance, il ressort des déclarations du 20 août 2007 du Dr F. ce qui suit :

- les soins administrés au demandeur du 25 mars au 17 mai 2005 relèvent de soins aigus. En effet, victime de plusieurs fractures et d'une pancréatite post-traumatique, le patient a subi une intervention chirurgicale d'ablation de broche le 2 mai 2005.

Le 3 mai 2005, il a débuté la phase de verticalisation qui s'est déroulée sur plusieurs jours avant qu'il ne puisse effectuer quelques pas. Au demeurant, un scanner abdominal ainsi que de nombreux contrôles de laboratoire ont été effectués durant la période du 3 au 17 mai 2005, n'autorisant pas un retour à domicile ou un séjour en convalescence pour suite de traitement;

- le 17 août 2005, le Dr G. lui a confirmé par téléphone qu'il avait oublié de considérer l'intervention du 2 mai 2005 et que l'intéressé devait être hospitalisé jusqu'au 17 août (recte : mai) 2005 en soins aigus;

- la réintégration des aptitudes d'un homme « debout », plus précisément en « état de marcher », après un accident suivi de conséquences polytraumatiques, relève d'une phase de soins aigus. Lors du passage horizontal au stade vertical, qui prend plusieurs jours, il se produit des réactions de chutes de pression liées à une perturbation du système neuro-végétatif pouvant engendrer une chute du malade;

- lors des visites post-opératoires du 4 au 17 mai 2005, d'une durée de 15 à 20 minutes chacune, il a effectué des contrôles de l'état clinique, des cicatrices, des amplitudes articulaires, de la réacquisition de la position debout et de la marche, et de laboratoire;

- le patient a quitté la clinique ... le 18 mai 2005 à sa demande et sur son autorisation. C'est en raison de la nature plutôt sportive de l'intéressé qu'il a pris la décision de l'envoyer à la maison et non pas en convalescence ou suite de traitement;

- l'électrothérapie et la gymnastique subaquale dans le bassin « de marche » et en piscine effectuées du 8 au 18 mai 2005 avaient pour but d'accélérer la reprise de la marche. A sa connaissance, le traitement de physiothérapie a duré du premier jour de sa venue à la clinique jusqu'au 17 août (recte : mai) 2005.

Le 20 août 2007, le Dr J. a donné les indications suivantes :

- il a suivi le patient du 20 mai au 23 septembre 2005; la rééducation a débuté à son domicile le 20 mai, à raison d'abord de trois séances par semaine, puis de deux;

- à sa sortie de clinique, l'intéressé marchait avec deux cannes anglaises afin décharger le membre inférieur gauche et rencontrait des limitations fonctionnelles à la hanche, aux genoux et à la cheville gauche;

- le traitement consistait en une mobilisation et récupération des amplitudes articulaires, tonification musculaire et rééducation à la marche;

- il n'est pas courant qu'un patient de l'âge de X. ne bénéficie pas de soins de réadaptation, mais c'est faisable lorsque la rééducation peut se faire à domicile.

Le 14 août 2007, le Dr H. a déclaré ce qui suit :

- l'hospitalisation de son patient doit être qualifiée de soins aigus jusqu'au 17 mai 2005, car celui-ci a été opéré le 2 mai 2005 et a ensuite subi de nombreux examens jusqu'à cette date;
- la réintégration des aptitudes d'un homme « debout », soit plus précisément en « état de marcher », après un accident suivi de conséquences polytraumatiques, relève d'une phase de soins aigus;
- le 19 mai 2005, il a dû consulter son patient en raison d'une douleur de la jambe gauche qui faisait suspecter une thrombophlébite. Celui-ci était alité, paraissait très fatigué et se déplaçait avec des cannes anglaises dans la maison. Il a procédé à un examen local du membre inférieur gauche, ainsi que du système cardio-pulmonaire avec auscultation et prise de la tension artérielle;
- lors de son retour à domicile, l'intéressé avait besoin de l'aide de son épouse pour les tâches quotidiennes;
- il suit toujours le patient actuellement pour diverses pathologies de médecin générale;
- son patient désirait rentrer au plus vite chez lui avec physiothérapie à domicile. En outre, il convient de relever que celui-ci, sportif, optimiste et volontaire, était capable de faire sa réadaptation à domicile, sans bénéficier de soins hospitaliers de réadaptation.

Les parties se sont déterminées sur les réponses des médecins aux questionnaires et le demandeur a renoncé à l'audition des témoins Y. et Z.

C. Une audience a été tenue le 15 janvier 2008, lors de laquelle il a été convenu d'interpeller la caisse B. afin de déterminer la part LAMal revenant au demandeur. Il ressort d'un décompte de celle-ci du 2 février 2008 que l'intéressé a perçu 7'155 fr. pour le traitement hospitalier à la clinique ... du 4 au 18 mai 2005, et 267 fr. 30 pour un traitement prodigué par le Dr F. le 18 décembre 2007.

Par courrier du 15 février 2008, le demandeur a modifié ses conclusions en ce sens que A. lui doit paiement de 5'408 fr., avec intérêt à 5 % l'an dès le 3 juillet 2005, montant correspondant à 4'498 fr. pour les frais d'hospitalisation du 4 au 18 mai 2005 et 910 fr. pour les honoraires du Dr F. Il se réfère à sa lettre du 15 février 2008 adressée à A. l'informant que la clinique ... et B. lui avaient remboursé les sommes de 7'059 fr. 70 et 117 fr. 30 respectivement.

Le 12 mars 2008, A. a contesté le montant calculé par le demandeur. Sachant que B. a remboursé 7'155 fr. au demandeur pour le séjour hospitalier, le solde litigieux est donc de 4'402 fr. 75 (= 11'557 fr. 75 - 7'155), auquel il convient d'ajouter la note d'honoraires du Dr F., soit 5'312 fr. 75. La caisse ajoute que le fait que B. ait assumé une partie du séjour litigieux est conforme à la LAMal.

Le 8 avril 2008, le demandeur a maintenu son argumentation.

Le 16 avril 2008, A. a déclaré qu'elle laissait le soin à l'autorité de céans de trancher sur le montant litigieux.

En droit :

1. Le demandeur a conclu avec A. une police d'assurance ..., pour hospitalisation en division privée ou en clinique, sans limitation du choix de l'établissement, et une police d'assurance ..., pour les soins spéciaux élargis. Il s'agit d'assurances complémentaires au sens de l'article 12 alinéa 2 LAMal.

En vertu de l'article 12 alinéa 3 LAMal, les assurances complémentaires sont régies par la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (ci-après : LCA).

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 [RSV 173.431]), ce que ne contredit aucune norme de droit fédéral (ATF 125 III 461, JT 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 S. P., du 24 juin 1998, no 257/1998, publié in JT 1999 III 106, c. 4 et 5). Un recours en réforme interjeté contre cet arrêt devant le Tribunal fédéral a été déclaré irrecevable par arrêt du 7 avril 1999 de la II^{ème} Cour civile.

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 de la loi fédérale du 23 juin 1978 sur la surveillance des assurances, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2005, dont la teneur a été reprise par l'article 85 de la nouvelle loi fédérale du 17 décembre 2004 sur la surveillance des assurances [LSA; RS 961.01], en vigueur dès le 1^{er} janvier 2006; 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, in : 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).

La demande déposée par X. est dès lors recevable en la forme.

2. a) A 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, 2^{ème} éd., Zurich 1985, pp. 19 ss; Recueil de travaux, op. cit., p. 673).

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^{er} 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). En l'espèce, l'article 1.2 CGA prévoit expressément qu'à défaut de disposition contractuelle expresse, c'est la LCA qui est applicable.

b) A 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, non équivoque.

Aux termes de l'article 1.1 des conditions spéciales pour l'assurance-maladie complémentaire (avec couverture subsidiaire de l'accident), édition 01.2003, catégorie ..., lors d'une hospitalisation en division privée d'un hôpital public ou dans une clinique qui figure dans la planification hospitalière d'un canton suisse, et en complément des prestations prises en compte par l'assurance-obligatoire des soins, A. Assurances SA indemnise les frais de traitement et les frais hôteliers (...). Selon l'article 1.1 des conditions spéciales pour l'assurance-maladie

complémentaire (avec couverture subsidiaire de l'accident), édition 01.2003, catégorie ..., en complément ou, à défaut, en substitution de l'assurance obligatoire des soins, A. Assurances SA garantit en cas de maladie ou d'accident la couverture intégrale des frais d'hospitalisation en division générale de l'ensemble des hôpitaux publics de Suisse. Cependant, cette catégorie d'assurance ne s'étend pas aux obligations de prise en charge par les cantons, au sens de la LAMal, des frais hospitaliers et semi-hospitaliers hors du lieu de séjour de résidence de l'assuré.

L'article 4.1.9 CGA exclut de l'assurance les cures d'air, de repos, d'ingestion d'eau et de thalasso-thérapie, les traitements de l'obésité, les corrections des défauts de la vue, les hospitalisations à caractère médico-social, ainsi que les séjours justifiés par des soins palliatifs en fin de vie, par des mesures diététiques, de réadaptation, de réhabilitation ou de traitement de la douleur.

c) En l'espèce, il est admis que A. a pris en charge sa part des frais relatifs à l'hospitalisation du 25 mars au 3 mai 2005 et qu'elle ne répond pas des traitements de réadaptation prodigués en division privée. La question qui se pose est celle de savoir si le séjour du demandeur à la clinique ... du 4 au 18 mai 2005 relève de soins aigus ou d'une phase de réadaptation.

3. Selon la jurisprudence, les parties ont l'obligation d'apporter les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, dans la mesure où cela peut raisonnablement être exigé d'elles, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (ATF 125 V 195 c. 2, VSI 1994 p. 200). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En l'absence de preuve, c'est la partie qui voulait en tirer un droit qui doit en supporter les conséquences (ATF 117 V 264; ATF K 207/00 du 26 septembre 2001; Tass VD Jean B. du 14 juin 2002, AM 13/01 – 25/2002).

Dans le cas d'espèce, le demandeur soutient que le Dr G. aurait admis, lors de son entretien téléphonique du 17 août 2005 avec le Dr F., que les traitements prodigués du 4 au 18 mai 2005 devaient être considérés comme soins aigus pris en charge par A. Or, il ressort des pièces du dossier, qu'au contraire, les renseignements complémentaires communiqués lors de cet entretien téléphonique n'ont pas permis au médecin-conseil de l'assureur de modifier son préavis initial (cf. lettre de A. du 15 juillet 2005). En outre, on constate que, dans sa lettre adressée au Dr F. le 19 mai 2005, le Dr G. avait non seulement déjà informé son confrère qu'il se ralliait à la proposition de l'infirmière-conseil selon laquelle le séjour du 4 au 18 mai 2005 correspondait à un traitement de réadaptation, mais qu'il se posait également la question de savoir si la première partie de l'hospitalisation (du 25 mars au 3 mai 2005) était à prendre en compte comme traitement aigu dans la mesure où, les premiers jours passés et l'état du patient stabilisé, les soins à apporter étaient de nature essentiellement paramédicale. Que le médecin-conseil ait pu considérer, trois mois plus tard et à la seule lumière de l'ablation de la broche le 2 mai 2005, que l'ensemble de l'hospitalisation devait être pris en charge par A., paraît plutôt ressortir d'un malentendu entre les deux médecins. Quoi qu'il en soit, dans le sens où le demandeur n'apporte pas la preuve de son allégation, c'est à lui à en supporter les conséquences, soit à considérer que A. refuse de prendre en charge les frais occasionnés du 4 au 18 mai 2005 à la clinique ...

4. a) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports des médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (cf. ATF 125 V 351, c. 3b ee et les références citées).

Pour ce qui concerne les rapports émanant des médecins-traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin-traitant tranchera, dans le doute, en faveur de son patient (ATF 124 I 175 c.4 et les réf. citées). Quant aux expertises des parties, le seul fait que le document ait été commandé par une partie et produit dans la procédure ne permet pas d'avoir des doutes quant à sa force probante (RCC 1986 p. 200 c. 2a in fine).

Lorsque l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérant et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de chercher d'autres preuves (appréciation des preuves anticipée; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; Kummer. Grundriss des Zivilprozessrechts, 4e éd., p. 135; cf. aussi ATF 104 V 210 c. a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'article 29 Cst (ATF 106 Ia 162 c. 2b; RAMA 1985 no K 646 p. 238 c. 2d).

Cette jurisprudence est applicable par analogie en matière d'assurance-maladie complémentaire.

b) La loi ne donne pas de définition des mesures de réadaptation au sens de l'art. 25 al. 1^{er} let. d LAMal. Selon Eugster (Krankenversicherung, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], ch. 142 ss), les mesures médicales de réadaptation se caractérisent par le fait que le traitement de la maladie est en lui-même terminé et que des formes de thérapie sont mises en place pour les suites du traitement. La réadaptation médicale est consécutive au traitement proprement dit de l'affection et vise, au moyen de mesures médicales, à éliminer, en totalité ou en partie, le dommage causé aux capacités physiques ou psychiques. Dans le cas de maladies chroniques, elle sert à

maintenir, voire à améliorer, les fonctions restantes. Elle peut tendre à une réinsertion professionnelle, fonctionnelle ou sociale. La réadaptation médicale peut avoir lieu sous forme ambulatoire, en milieu semi-hospitalier, dans un établissement de cure ou de soins ou encore dans une clinique spécialisée en la matière, auquel cas un séjour en milieu hospitalier doit être nécessaire. La nécessité d'un séjour en milieu hospitalier se détermine d'après l'intensité du traitement, le degré du handicap, le genre de soins requis, la gravité de la maladie principale ou la survenance de complications sous la forme de nouvelles maladies venant s'ajouter à celles déjà présentes (ATF K 42/00 du 20 septembre 2000 c. 2c, K 35/04 du 29 juin 2004 c. 4.2).

5. Le demandeur soutient que la période d'hospitalisation du 4 au 18 mai 2005 relève de soins aigus et non d'une phase de réadaptation. A l'appui de son argumentation, il précise qu'un scanner abdominal et de nombreux contrôles de laboratoire ont été effectués durant ce laps de temps et qu'il faut tenir compte de la phase de verticalisation. De plus, il estime que, compte tenu de son âge avancé, les traitements médicaux n'atteignent pas aussi rapidement leur objectif que dans le cas d'un homme dans la force de l'âge, voire un jeune homme.

En l'espèce, la clinique ... a établi les deux factures séparées suivantes :

- la première, établie pour la période du 25 mars au 3 mai 2005, fait état de frais de chambre et soins, prestations médicales, radiologie et ultra-sons, matériel spécial et d'implantation, salle d'opération, soins intensifs, salle de réveil et soins continus, physiothérapie, autres laboratoires et pathologies externes, autres prestations, divers, médicaments, matériel et laboratoire interne;
- la seconde, établie pour la période du 4 au 18 mai 2005, indique des frais de chambre et soins, physiothérapie, médicaments et matériel.

Contrairement à ce que soutient le Dr F., on ne trouve trace, dans la seconde facture, ni d'examen radiologique de l'abdomen ni d'examens de laboratoire (les derniers examens de ce type ayant été effectués les 27 mars 2005 et 14 avril 2005 respectivement; cf. première facture, pp. 1 et 3). Du 4 au 18 mai 2005, le praticien déclare avoir visité son patient à des fins de contrôle (état clinique, cicatrices, amplitudes articulaires, marche, laboratoire) et considère que les cours de gymnastique subaquale et traitements d'électrothérapie suivis par l'intéressé dans le bassin « de marche » ont eu pour but d'accélérer la reprise de la marche (cf. réponse à la question no 9 de A.). Pour sa part, le Dr H. affirme que l'ensemble de l'hospitalisation du 25 mars au 18 mai 2005 relève d'une phase de soins aigus, mais ne motive pas son affirmation. On relève en outre que les médicaments administrés et le matériel utilisé durant cette période ne sont pas spécifiques à une phase aiguë de traitement.

Si l'on se réfère à la « Grille d'évaluation pour les soins aigus » remplie par l'infirmière-conseil de A. le 4 mai 2005, le patient était entré en phase de réadaptation une semaine auparavant. D'où la lettre de la caisse du 9 mai 2005 à la clinique ... l'informant que le séjour pourrait relever d'une réadaptation, exclue des risques assurés par l'assurance complémentaire, et que dans l'attente de plus de renseignements, il ne lui était pas possible de couvrir ces frais. A ce sujet, il convient de noter que le demandeur était parfaitement conscient de la nature de la suite de son traitement, puisqu'il a déclaré à l'infirmière-conseil qu'il allait rester encore deux semaines à la clinique ... pour terminer sa réadaptation. De surcroît, il admet qu'il était en train de réintégrer les aptitudes d'un homme debout, plus précisément en « état de marche » (cf. allégué 41 du mémoire du 18 janvier 2007).

Enfin, force est de se rallier aux propos pertinents de A. dans son mémoire du 14 mars 2007 (ch. 11). En effet, si le demandeur argue qu'il n'a bénéficié que des soins aigus durant l'ensemble de son séjour hospitalier et que, compte tenu de son âge, il lui fallait plus de

temps pour retrouver une pleine forme physique que pour un homme plus jeune, on peine alors à saisir pourquoi il n'a pas suivi de phase de réadaptation par la suite dans un centre spécialisé, ce que le Dr F. a d'ailleurs préconisé dans sa lettre du 11 mai 2005 adressée à A., avant de se rétracter dans son témoignage du 21 août 2007. On ne saurait non plus adhérer à l'argument du demandeur selon lequel l'aide de sa famille à domicile s'est substituée à l'aide professionnelle de physiothérapeutes et ergothérapeutes dans un centre spécialisé. On peut donc en déduire que le demandeur a débuté la phase de réadaptation à la clinique ... et l'a poursuivie à domicile à raison de trois, puis deux séances de physiothérapie par semaine.

Vu l'ensemble des observations qui précèdent, il faut admettre, au niveau de vraisemblance prépondérante, que le demandeur n'a pas bénéficié de soins aigus du 4 au 18 mai 2005, mais de mesures médicales de réadaptation consécutives aux affections dont il souffrait. C'est donc à bon droit que A. a refusé d'entrer en matière en ce qui concerne le remboursement des frais d'hospitalisation en division privée à partir du 4 mai 2005.

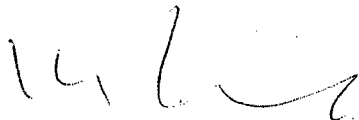
6. En définitive, les conclusions de la demande du 18 janvier 2007, modifiées le 15 février 2008, ne sont pas fondées et doivent être rejetées.

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

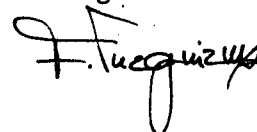
I. Les conclusions de la demande du 18 janvier 2007, modifiées le 15 février 2008, déposée par X. contre A. sont rejetées.

II. Toutes autres ou plus amples conclusions sont rejetées.

Le président :



La greffière :



Du 23 JAN. 2009

Le présent jugement, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié aux parties par l'envoi de photocopies.

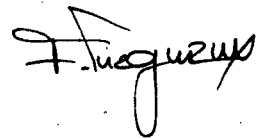
Si la valeur litigieuse n'atteint pas 30'000 fr., le présent jugement peut faire l'objet d'un recours devant le Tribunal cantonal dans les dix jours dès sa notification, en déposant au greffe du Tribunal cantonal des assurances, Route du Signal 8, 1014 Lausanne, un acte de recours en deux exemplaires désignant le jugement attaqué et contenant les conclusions en nullité ou les conclusions en réforme dans les cas prévus par la loi.

Si la valeur litigieuse s'élève au moins à 30'000 fr., le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière civile devant le Tribunal fédéral au sens des articles 72 et suivants de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF – RS 173.110). Même lorsque la valeur litigieuse minimale n'est pas atteinte, le recours est recevable si la contestation soulève une question juridique de principe (art. 74 al. 2 litt. a LTF). Cas échéant, le jugement peut faire l'objet d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des articles 113 et suivants LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral dans les trente jours qui suivent la notification de l'expédition complète (art. 100 al. 1er LTF).

L'article 100 alinéa 6 LTF est réservé.

Le jugement est également communiqué à l'Office fédéral des assurances privées (art. 49 al. 2 LSA).

La greffière :



PHOTOCOPIE CERTIFIÉE
CONFORME À L'ORIGINAL
Le greffier:

