



102 2012-67

Arrêt du 13 novembre 2012

II^e COUR D'APPEL CIVIL

COMPOSITION Président : Adrian Urwyler
 Juges : Roland Henninger, Catherine Overney
 Greffier : Richard-Xavier Posse

PARTIES **A.**
 demanderesse, représentée par Me Olivier Carré, avocat,

 contre

 X. Assurance
 défenderesse,

OBJET Assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale

 Demande du 9 mars 2012

c o n s i d é r a n t e n f a i t

A. A. est née le 12 septembre 1918. Elle a souscrit une assurance de base et pour des complémentaires auprès de X. Assurance, de siège à _____. Le numéro de police est le [...]. L'assurance comprend notamment deux assurances complémentaires, soit « CH Assurance combinée d'hospitalisation, Division privée dans les hôpitaux suisses », et « EL Assurance APPEL ».

A. a présenté une gonarthrose au genou gauche. Une prothèse totale du genou a de fait été rendue nécessaire. L'opération s'est déroulée le 17 janvier 2011 à l'hôpital M. Ensuite de l'opération, la demanderesse a été transférée le 9 février 2011 à l'hôpital N., Clinique de Rhéhabilitation, en vue de sa convalescence et de sa réadaptation. Il n'y a pas eu de complication au niveau purement orthopédique. L'état général de la demanderesse s'est par contre dégradé : elle s'est gravement affaiblie, a perdu du poids et a été entravée dans ses mouvements, n'étant plus capable de se lever et de se déplacer seule. Le chirurgien traitant B. a indiqué que sa patiente présentait une « anémie postopératoire ainsi qu'une hypoprotéïnémie en raison d'une inappétence nécessitant un régime hyperprotéiné » (lettre du 25 février 2011 du Dr B. à l'attention du Dr C. médecin-conseils, Y. Assurances).

Vu l'état de la patiente, celle-ci a été transférée à la Clinique privée de réadaptation O. le 17 mars 2011. Elle y est demeurée jusqu'au 6 mai 2011, soit durant 51 jours. La demanderesse y a bénéficié d'un traitement plus personnalisé, lui convenant mieux. Elle a ainsi notamment repris quelques kilos et son état général s'est amélioré ; elle pouvait alors marcher avec l'aide d'une canne, sous surveillance (rapport médical de O. du 23 mai 2011, pièce 9 demande).

A. a abordé son assureur pour que les coûts de cette dernière hospitalisation soient réglés par celui-ci. Le 25 février 2011, X. Assurance a adressé à O. sa décision de ne pas prendre en charge les coûts afférant à cette hospitalisation. A l'égard de la demanderesse, cette prise de position a été maintenue plusieurs fois, les 11 mars 2011, 19 avril 2011 et 9 novembre 2011.

La facture qu'a payée A. à l'adresse de O. ascende à 59'938 fr. 60. Ce montant a été acquitté en plusieurs tranches (facture finale de O. du 9 mai 2011, pièce 20 demande).

B. A. (ci-après la demanderesse) a déposé le 9 mars 2012 devant la IIe Cour d'appel civil une demande (réclamation pécuniaire) contre X. Assurance. Elle conclut à l'admission de sa demande et à la condamnation de X. Assurance au paiement immédiat de 59'938 fr. 60, avec intérêts à 5% dès le 1^{er} mai 2011, le tout sous suite de frais et dépens.

Le 25 mai 2012 et après prolongation du délai pour répondre, X. Assurance (ci-après la défenderesse) conclut principalement à l'irrecevabilité de la demande du 12 [recte 9] mars 2012 concernant l'assurance obligatoire des soins et au déboutement de la demanderesse de toutes ses conclusions relatives aux assurances complémentaires et à sa condamnation à tous les frais et dépens. Elle conclut subsidiairement à ce que Y. Assurances soit acheminée à déterminer par tout moyen de droit utile le solde éventuel

dû par les assurances complémentaires et à prouver par toutes voies de droit les faits allégués dans ses écritures.

Par courriers des 31 octobre et 8 novembre 2012 et sur invitation du Juge délégué, les parties ont renoncé, d'un commun accord, à la tenue de débats.

e n d r o i t

1. a) Le litige opposant les parties à trait aux assurances complémentaires à l'assurance maladie, respectivement à l'interprétation des clauses contractuelles liant les parties. De telles assurances complémentaires sont mentionnées à l'art. 12 al. 2 et 3 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10), qui renvoie d'une manière générale à la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA ; RS 221.229.1). Les litiges concernant ces assurances sont de nature civile (arrêt du TF 4A_24/2012).

b) Selon l'art. 7 CPC, les cantons peuvent instituer un tribunal qui statue en tant qu'instance cantonale unique sur les litiges portant sur les assurances complémentaires à la LAMal. L'art. 53 al. 1 de la loi sur la justice (LJ ; RSF 130.1) désigne le Tribunal cantonal comme instance unique. En vertu du Règlement provisoire du Tribunal cantonal du 20 décembre 2007, la IIème Cour d'appel civil connaît des causes de nature civile placées par la loi dans la compétence d'une cour d'appel statuant comme instance cantonale unique (art. 1b al. 2 de l'Annexe 1 dudit Règlement ; ATC 102 2011-301 consid. 5).

c) Comblant en cela une lacune du législateur, il n'y a pas de procédure préalable de conciliation en matière d'assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale (ATC 102 2011-301, consid. 4 ; arrêt du TF 4A_184/2012 du 18 septembre 2012, destiné à publication).

d) Selon l'art. 243 al. 2 lit. f CPC, la procédure simplifiée s'applique, quelle que soit la valeur litigieuse, lorsque les litiges portent sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal. Le tribunal établit toutefois les faits d'office (art. 247 al. 2 lit. a CPC).

e) La valeur litigieuse est de 59'938 fr. 50 (art. 91 al. 1 CPC et art. 112 al. 1 lit. d LTF).

f) En préambule, la défenderesse soulève l'irrecevabilité de la demande, motif pris que ce serait Y. Assurances qui dispose de la légitimation passive, et non X. Assurance. Les deux contrats litigieux (contrat d'assurance combinée d'hospitalisation CH et contrat d'assurance APEL EL) auraient en effet été contractés avec le premier assureur, et non avec celui qui a été attrait par la demanderesse.

Dans sa demande, A. indique comme défenderesse X. Assurance, [...]. Les certificats d'assurance 2011 du 14 mars 2011 (pièce 1 bordereau demande) et celui du 15 octobre 2010 (pièce 1 bordereau réponse) mentionnent à chaque fois en en-tête X. Assurance. Certes, il est indiqué pour les deux contrats litigieux : « assureur : Y. Assurances ». Cependant, aucun contrat n'émane de cette entité. Bien plus, tous les courriers ont été adressés à X. Assurance, qui a répondu en son nom, sans jamais mentionner le fait

qu'elle ne serait pas concernée par les prétentions d'assurances selon la LCA. Les extraits du Registre du commerce produits n'apportent pas plus d'éclaircissements, puisqu'il n'est fait mention d'aucune filiale ou d'aucune succursale. Par contre, à l'exception d'une personne et de l'organe de révision, les personnes en charge des entités respectives sont les mêmes.

La jurisprudence fédérale estime qu'il peut y avoir confusion de sphères entre deux sociétés ou entités juridiques lorsqu'une apparence d'unité est créée par des signes extérieurs tels que des raisons sociales identiques ou très semblables, des sièges sociaux, des locaux, des organes, du personnel ou des coordonnées téléphoniques identiques. Divers correctifs sont envisageables. D'aucuns évoquent le « Durchgriff », en ce sens qu'il est abusif d'invoquer l'indépendance juridique de deux sociétés alors qu'elles-mêmes n'en tiennent pas compte. Des obligations contractuelles peuvent aussi être imputées à la société-mère en recourant à la figure de la procuration apparente ou, plus largement, en vertu de la responsabilité fondée sur l'apparence juridique, où le partenaire contractuel, en vertu du principe de la confiance, doit être protégé dans sa croyance erronée qu'il a conclu le contrat avec la société-mère et non la fille, ou cas échéant avec les deux sociétés (ATF 137 III 550, consid. 2.3.2, avec les références).

En l'occurrence, les deux entités juridiques ont un même siège, à _____, avec une adresse commune (_____). Leurs buts sont analogues et les personnes qui les constituent sont pour l'essentiel les mêmes. Dans ces circonstances, l'invocation par la défenderesse du défaut de sa légitimation passive est empreinte d'abus de droit au sens de l'art. 2 CC et il sera entré en matière sur les mérites de la demande. Au demeurant et vu les indications personnelles du Registre du commerce, on ne voit pas quels intérêts pourraient être lésés.

g) La défenderesse soulève également l'irrecevabilité de la demande, en raison de son objet. Elle estime en effet que la demande traiterait de l'assurance maladie de base. Etant donné qu'il s'agit d'un grief de fond et que la délimitation entre les assurances de base et complémentaires n'est pas aisée, il s'impose de traiter au cas par cas les prétentions de la demanderesse.

La demande est dès lors recevable et elle sera traitée quant au fond.

h) Par courriers des 31 octobre et 8 novembre 2012, les parties ont renoncé à la tenue de débats. Le litige étant de nature essentiellement juridique, la Cour est ainsi habilitée à trancher sans débats (art. 233 CPC, applicable à la procédure simplifiée par renvoi de l'art. 219 CPC ; CPC-TAPPY, n^{os} 3 et 5 ad art. 233).

2. a) Le litige se limite à la question de savoir si le séjour hospitalier d'A. à O. du 17 mars 2011 au 6 mai 2011 constitue ou non une hospitalisation de réadaptation et de réhabilitation. Cas échéant, est-ce qu'une hospitalisation de ce type est prévue dans les conditions générales des assurances complémentaires, respectivement doit-elle être prise en charge par l'assureur.

La demanderesse prétend que c'est le cas, et qu'elle doit ainsi être indemnisée à ce titre, son contrat d'assurance complémentaire prévoyant cette hypothèse. Pour affirmer son point de vue, elle se réfère principalement aux conditions particulières de l'assurance-maladie complémentaire d'hospitalisation (CHAM01-F2, édition du 01.09.2010 ; ci-après conditions CH-D), plus particulièrement à son art. 3, al. 1, qui prévoit qu'« en cas de séjour dans un hôpital ou une clinique pour maladie ou accident, nécessitant la mise en

œuvre de mesures médicales continues et intensives, l'assureur couvre les frais mentionnés à l'art. 1 ». Ce dernier article mentionne le but et objet de l'assurance, soit qu'« en cas de séjour hospitalier, l'assureur couvre en complément de l'assurance obligatoire des soins, les frais de traitement, de chambre et pension consécutifs à une maladie ou, lorsque ce risque est assuré, à un accident ». Elle fait également mention des conditions spéciales de l'assurance maladie complémentaire APPEL (ELAM01-F1, édition du 01.09.2010 ; ci-après conditions EL), plus particulièrement de son art. 4 ch. 6, qui prévoit qu'« une contribution forfaitaire globale en cas de convalescence faisant suite à un séjour hospitalier » constitue une prestation prise en charge.

La défenderesse défend un avis contraire, estimant que l'assurance complémentaire souscrite par A. exclut notamment de son champ d'application les hospitalisations de réadaptation et de réhabilitation. Elle se fonde sur les conditions générales de l'assurance maladie complémentaire (CGCAV-F1, édition du 01.07.2010 ; ci-après conditions CGC AV), qui prévoit que les hospitalisations de réadaptation et de réhabilitation sont exclues de la couverture complémentaire (art. 4 ch. 8 : « Sont exclus de l'assurance maladie et accidents les hospitalisations de caractère médico-social, de réadaptation et de réhabilitation »).

b) L'art. 25 al. 2 lit. d LAMal indique que les mesures de réadaptation effectuées ou prescrites par un médecin font partie des prestations générales en cas de maladie qui sont prises en charge par l'assurance obligatoire des soins. La loi ne donne pas de définition des mesures de réadaptation au sens de l'art. 25 al. 2 lit. 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 126 V 327 consid. 2c ; arrêt du TF K.42/2000, consid. 2.c ; arrêt du Tribunal cantonal genevois des assurances sociales du 15 novembre 2011 ATAS/1079/2011).

c) En l'occurrence, le Dr D., directeur médical de la Clinique privée de réadaptation O., exposait dans son courrier du 22 juin 2011 que O. est reconnue et mandatée pour la réadaptation de patients souffrant d'atteintes neurologiques centrales et périphériques ainsi que pour la réadaptation des atteintes au système locomoteur, incluant la réadaptation orthopédique (pièce 13 demande ; pièce 4 réponse). En outre, il indiquait que la demanderesse entrait sans équivoque dans cette deuxième catégorie de patients que O. prend en charge (mêmes pièces).

La demanderesse a elle-même choisi de se rendre à O. et d'y être soignée (courrier du 22 juin 2011 du Dr D., pièce 13 demande, pièce 4 réponse). Elle y a été traitée pour

« rééducation à la marche et à la mobilisation après mise en place d'une PTG G pour gonarthrose le 17.01.11, dont les suites post opératoires furent simples » (rapport d'entrée de la Clinique O. du 17 mars 2011, pièce 5 demande ; pièce 11 réponse). Les mesures prises par O. ont été essentiellement de nature rééducative, soit de la physiothérapie, de l'ergothérapie et de l'éducation physique adaptée (rapport médical de O. du 23 mai 2011, pièce 9 demande). Cela est même expressément admis par la demanderesse, laquelle écrit le 21 juin 2011, par le biais de son mandataire, qu'elle entend suivre un « complément de rééducation » au sein d'un EMS avant de regagner son domicile privé (lettre du 21 juin 2011 du conseil de la demanderesse, pièce 12 demande ; voir également lettre du 5 mars 2011 du conseil de la demanderesse, pièce 13 demande, qui parle de la rééducation et de la convalescence suivies à N.).

Dès lors, au sens de l'art. 25 al. 2 lit. d LAMal, de telles mesures de réadaptation semblent entrer dans les prestations générales en cas de maladie, dont l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts. Le litige est ainsi exclu de la compétence de la Cour saisie, en tant qu'il concerne l'assurance-maladie de base. Peu importe donc de savoir si le séjour de réadaptation aurait pu ou dû être indemnisé selon les prescriptions de l'assurance de base et si l'hospitalisation remplissait les conditions des art. 32 ss LAMal : ces questions sont extérieures au présent litige.

En tant qu'elle concerne cet aspect, la demande est irrecevable.

3. a) Il convient toutefois de prendre en compte le fait que des assurances complémentaires ont été souscrites, notamment dans le cadre de l'hospitalisation (conditions CH-D en particulier). Dès lors et comme la demanderesse a été hospitalisée à titre privé, il s'impose de les prendre en compte pour voir si l'hospitalisation litigieuse de O. doit être prise en charge par les assurances complémentaires LCA.

b) Les conditions générales, lorsqu'elles ont été incorporées au contrat, en font partie intégrante ; elles doivent être interprétées selon les mêmes principes que les autres dispositions contractuelles (ATF 122 III 118 consid. 2a; ATF 117 II 609 consid. 6c). En présence d'un litige sur l'interprétation d'une disposition contractuelle, le juge doit tout d'abord s'efforcer de déterminer la commune et réelle intention des parties, sans s'arrêter aux expressions ou dénominations inexactes dont elles ont pu se servir, soit par erreur, soit pour déguiser la nature véritable de la convention (art. 18 al. 1 CO ; ATF 131 III 606 consid. 4.1, ATF 129 III 118 consid. 2.5 et les arrêts cités). Si la volonté réelle des parties ne peut pas être établie ou si leurs volontés intimes divergent, le juge doit interpréter les déclarations faites et les comportements selon la théorie de la confiance ; il doit donc rechercher comment une déclaration ou une attitude pouvait être comprise de bonne foi en fonction de l'ensemble des circonstances ; le principe de la confiance permet ainsi d'imputer à une partie le sens objectif de sa déclaration ou de son comportement, même s'il ne correspond pas à sa volonté intime (ATF 130 III 417 consid. 3.2; ATF 129 III 118 consid. 2.5). Lorsque l'assureur, au moment de conclure, présente des conditions générales, il manifeste la volonté de s'engager selon les termes de ces conditions. Lorsqu'une volonté réelle concordante n'a pas été constatée, il faut donc se demander comment le destinataire de cette manifestation de volonté pouvait la comprendre de bonne foi. Cela conduit à une interprétation objective des termes contenus dans les conditions générales, même si celle-ci ne correspond pas à la volonté intime de l'assureur.

Dans le domaine particulier du contrat d'assurance, l'art. 33 LCA précise d'ailleurs que 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. Il en résulte que le preneur d'assurance est couvert contre le risque tel qu'il pouvait le comprendre de bonne foi à la lecture des conditions générales ; si l'assureur entendait apporter des restrictions ou des exceptions, il lui incombait de le dire clairement. Conformément au principe de la confiance, c'est à l'assureur qu'il incombe de délimiter la portée de l'engagement qu'il entend prendre et le preneur n'a pas à supposer des restrictions qui ne lui ont pas été clairement présentées (ATF 133 III 675).

Ce n'est que lorsque la volonté des parties ne peut pas être établie selon le principe de la confiance que l'on peut utiliser, à titre subsidiaire et en cas de doute sur le sens d'une clause, le principe « *in dubio contra stipulatorem* ». Si l'on recourt toutefois directement à ce principe, le droit fédéral est violé (ATF 122 III 118 consid. 2.d).

c) En l'espèce, le contrat qui lie les parties pour les assurances complémentaires contient trois documents de conditions générales et particulières. Celles-ci peuvent s'articuler comme suit : les conditions CGC AV sont les normes plus générales, qui sont complétées par les deux autres documents CH-D et EL. En effet, l'art. 1 al. 1 des CGC AV traite des normes auxquelles sont soumis les droits et obligations du preneur d'assurance. Il y établit la hiérarchie suivante, à savoir police d'assurance, conditions générales, conditions particulières, accords particuliers et autres éventuels avenants. De plus, la première phrase de l'art. 15 des CGC AV dit que « les prestations garanties par l'assureur dans chaque assurance sont régies par les conditions particulières et la police d'assurance ».

Malgré cet ordre hiérarchique apparent, l'en-tête des conditions CH-D et EL précise que les conditions générales CGC AV demeurent applicables, par le texte suivant : « Les dispositions ci-dessous [à savoir les conditions CH-D et EL] sont régies par les conditions générales pour les assurances maladie et accidents complémentaires (CGC), dont la date d'édition est mentionnée sur la police d'assurance ».

Or, l'art. 4 ch. 8 des conditions CGC AV exclut expressément les hospitalisations de caractère médico-social, de réadaptation et de réhabilitation. Il a été établi que l'hospitalisation subie par la demanderesse était de cette nature (consid. 2.c). En conséquence, l'hospitalisation n'est pas contenue dans le catalogue des prestations qui doivent être indemnisées par l'assureur. Au demeurant, une telle interprétation est confirmée par l'art. 5 i.i. des conditions CH-D, qui délimite la couverture de l'assurance topique « en sus des risques non couverts cités aux chiffres 4.1 à 4.12 des conditions générales de l'assurance-maladie », soit aux conditions CGC AV.

d) Partant, la demande sera rejetée au fond, en tant qu'elle est recevable.

3. a) La procédure sur les litiges portant sur des assurances complémentaires à la LAMal est gratuite (art. 114 lit. e CPC).

b) Il n'est pas alloué de dépens. La défenderesse a certes eu gain de cause ; cependant, une indemnité équitable pour les démarches effectuées ne se justifie pas en l'espèce, la défenderesse agissant dans un domaine qui lui est familier et qui ne comporte, à son égard, pas de difficulté particulière (art. 95 al. 3 lit. c CPC ; CPC-TAPPY, n° 35 ad art. 95 ; A. URWYLER, DIKE-Kommentar, n° 26 ad art. 95 CPC, avec les renvois).

l a C o u r a r r ê t e :

- I. La demande est rejetée, dans la mesure où elle est recevable.
- II. Il n'est pas perçu de frais.
- III. Il n'est pas alloué de dépens.

Cet arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière civile au Tribunal fédéral dans les trente jours qui suivent sa notification. La qualité et les autres conditions pour interjeter recours sont déterminées par les art. 72 à 77 et 90 ss de la loi sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF). L'acte de recours motivé doit être adressé au Tribunal fédéral, 1000 Lausanne 14.

Fribourg, le 13 novembre 2012/rpo

Le Greffier :

Le Président :

Cet arrêt est notifié, par acte judiciaire, à Me Olivier Carré et à X. Assurance.