

VD_FINDINFO AMC 7/09 - 14/2011 vom 4. April 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-04-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AMC_7_09_-_14_2011

FR: VD_FINDINFO AMC 7/09 - 14/2011 du 4 avril 2011

IT: VD_FINDINFO AMC 7/09 - 14/2011 del 4 aprile 2011

Regeste

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE, CONDITION D'ASSURANCE, ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE EN CAS D'HOSPITALISATION, PRINCIPE DE LA CONFIANCE {INTERPRÉTATION DU CONTRAT}, CLAUSE INSOLITE, LIBRE APPRÉCIATION DES PREUVES | 6 CO, 1 DTAs-AM, 12 al. 2 LAMal, 12 al. 3 LAMal, 39 al. 1 LAMal, 100 al. 1 LCA, 3 LCA, 33 LCA, 107 LPA-VD, 109 al. 1 LPA-VD, 55 al. 1 LPA-VD, 94 al. 1 LPA-VD

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 1 DTAs-AM (Décret du 20 mai 1996 relatif à l'attribution au Tribunal cantonal des assurances de la compétence du contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie, RSV 173.431), en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010, le présent litige relève de la compétence dudit tribunal, respectivement de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui lui a succédé à compter du 1^{er} janvier 2009. Quant bien même il s'agit d'une cause civile, la procédure prévue aux art. 106 ss LPA-VD (loi cantonale vaudoise sur la procédure administrative du 28 octobre 2008, RSV 173.36) pour l'action de droit administratif est applicable. L'application de ces dispositions est en effet compatible avec le droit fédéral, imposant aux cantons de prévoir dans ce domaine une procédure simple et rapide dans laquelle le juge établit d'office les faits et apprécie librement les preuves (ancien art. 85 al. 2 LSA [loi fédérale du 17 décembre 2004 sur la surveillance des entreprises d'assurance, RS 961.01]). La valeur litigieuse étant inférieure en l'espèce à 30'000 fr., la cause, valablement introduite en la forme, est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 LPA-VD, par renvoi de l'art. 107 LPA-VD).

E. 2

a) La présente contestation relève du contentieux en matière d'assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale. Le contrat d'assurance en cause n'est ainsi pas soumis à la LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, RS 832.10). S'agissant d'une assurance complémentaire au sens de l'art. 12 al. 2 LAMal, le contrat est régi par le droit des assurances privées, soit par la LCA (loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance, RS 221.229.1), conformément à l'art. 12 al. 3 LAMal. A la différence de la couverture des soins relevant 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 (Brulhart, Droit des assurances privées, Berne 2008, n°263 ss p. 120). Dans la pratique, les conditions d'assurance forment le contenu ordinaire et typique du contrat d'assurance; elles sont constituées de conditions

générales (art. 3 al. 1 LCA) et de conditions particulières, lesquelles font partie intégrante du contrat (Brulhart, loc. cit.). A teneur de l'art. 33 LCA, sauf disposition contraire de cette même 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) Est seule litigieuse dans la présente affaire, la question de la prise en charge des frais consécutifs au séjour de Madame G._____, du 5 au 6 novembre 2007 à la clinique de la [...], en relation avec l'intervention du Dr S._____, consistant en une hystérocopie et la mise en place d'un stérilet de type Mirena.

E. 3

a) Lors de l'audience d'instruction du 21 mars 2011, les parties ont admis que la police d'assurance en vigueur à la date de l'intervention, était celle délivrée le 8 novembre 2004 prenant effet au 1^{er} janvier 2005. Il ressort clairement de ce document que l'édition des conditions générales d'assurance (CGA) applicable à cette police, est celle de 1999. La demanderesse ne prétend pas que la rectification de cette police aurait été réclamée dans le délai prévu par l'art 12 LCA et cela ne ressort nullement du dossier. Conformément aux explications fournies par l'assureur lors de cette audience, les CGA de 2003 produites par la demanderesse se réfèrent à de nouveaux produits d'assurance sans relation avec les assurances [...], [...], [...] et [...] conclues par la demanderesse et sont donc sans incidence sur le litige en question. b) L'art. 3 ch. 1 des conditions complémentaires des frais d'hospitalisation (CCA) prévoit que la caisse prend en charge la différence entre les prestations dues par l'assurance obligatoire des soins et les frais facturés par l'établissement hospitalier ainsi que les honoraires médicaux pour les soins fournis à l'hôpital, sous réserve des dispositions contenues aux articles 4, 6 et 8 des présentes conditions. L'art. 9 CCA exclut de la prise en charge, outre les risques mentionnés à l'art. 21 des conditions générales des assurances complémentaires (CGA), certains traitements ou frais, notamment les frais de traitements ambulatoires (art.9 let. i CCA). Selon l'art. 21 let. c CGA, les coûts d'un traitement inefficace, inadéquat ou non économique sont exclus de la couverture d'assurance. N'est pas économique la mesure médicale qui ne se limite pas à l'intérêt de la personne assurée et n'est pas conforme au but du traitement. L'efficacité doit être prouvée par des méthodes scientifiques. Cette disposition des CGA reprend les notions développées dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins, prévues en particulier par les art. 32 et 56 al. 1 LAMal, que la jurisprudence a eu l'occasion de préciser à de nombreuses reprises. Dans la mesure où l'assureur s'y réfère dans les CGA, auxquelles renvoient expressément les CCA applicables à la police d'assurance; où les risques couverts, tant par l'assurance de base que par l'assurance complémentaire, sont en rapport étroit, seule l'étendue de leur prise en charge étant admise plus largement dans l'assurance complémentaire d'hospitalisation, il convient d'admettre que la jurisprudence développée en matière d'assurance obligatoire est applicable par analogie. Ainsi, l'exigence du caractère économique du traitement permet-il aux assureurs maladie de refuser la prise en charge de mesures thérapeutiques inutiles ou de mesures qui auraient pu être remplacées par d'autres, moins onéreuses. Ce principe ne concerne pas uniquement les relations entre assureurs et fournisseurs de soins. Il est également opposable à l'assuré, qui n'a aucun droit au remboursement d'un traitement non économique (ATF 127 V 46 consid. 2b et les références citées). L'obligation pour les assureurs-maladie d'allouer des prestations en cas de traitement hospitalier suppose l'existence d'une maladie qui exige un traitement pour soins aigus ou des mesures médicales de réadaptation en milieu hospitalier (art. 39 al. 1 LAMal).

La condition du besoin d'hospitalisation est donnée, d'une part si les mesures diagnostiques et thérapeutiques nécessaires ne peuvent être pratiquées de manière appropriées que dans un hôpital et d'autre part, également, si les possibilités d'un traitement ambulatoire ont été épuisées et que seule une thérapie en milieu hospitalier présente des chances de succès. L'obligation de fournir des prestations peut aussi se justifier quand l'état maladif de la personne ne nécessite pas forcément un séjour à l'hôpital mais que, néanmoins, le traitement ne peut être prodigué qu'en milieu hospitalier pour des raisons particulières, notamment lorsqu'un assuré âgé ou vivant seul est dans l'impossibilité de recevoir à domicile la surveillance et les soins requis par son état (ATF 126 V 323 consid. 2b). Enfin, la nécessité d'un traitement s'apprécie selon des critères objectifs et non en fonction de l'opinion de l'assuré ou du médecin. Une mesure n'est pas tenue pour nécessaire par le simple fait que le médecin ou l'assuré la considère comme telle (Eugster, *Krankenversicherung*, in: *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht*, Bâle/Genève/Munich, 2^e éd., 2007, n° 297 p. 495). Il ressort de ce qui précède que l'hospitalisation doit répondre à une réelle nécessité médicale pour être couverte par l'assurance maladie. Aussi l'assureur complémentaire qui, dans ses CGA, a expressément prévu la limite de sa prise en charge à de tels traitements peut-il se prévaloir de ces exigences.

E. 4

a) Dans sa réplique, la demanderesse allègue que l'exclusion prévue par l'art. 21 let. c CGA ne serait pas suffisamment claire au regard des exigences posées par l'art. 33 LCA, dans la mesure où l'on ignore en particulier si la notion de non économie serait la même qu'en matière d'assurance maladie selon la LAMal et que le but d'une complémentaire est précisément d'assurer une meilleure sécurité médicale ou un meilleur confort, impliquant forcément un traitement moins économique que dans l'assurance de base. Elle prétend également qu'interprétée sous l'angle du principe de la confiance, cette disposition des CGA ne pouvait que signifier la prise en charge des coûts non déraisonnables engendrés par les soins et que si l'exclusion de la prise en charge de traitements inefficaces, inadéquats ou non économiques telle que définie par l'art. 21 let. c CGA devait être admise, alors il y aurait lieu de considérer comme insolite cette disposition. b) La LCA ne contient pas de règles d'interprétation des contrats. Comme elle renvoie au code des obligations pour tout ce qu'elle ne règle pas elle-même (art. 100 al. 1 LCA), la jurisprudence en matière de contrats est applicable. Il s'ensuit que, lorsqu'il s'agit de déterminer le contenu d'un contrat d'assurance et des conditions générales et/ou particulières qui en font partie intégrante, le juge doit, comme pour tout autre contrat, 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 [loi fédérale complétant le Code civil suisse du 30 mars 1911, RS 220]; interprétation subjective; cf. ATF 131 III 606 consid. 4.1). Si cette volonté ne peut être établie en fait, le juge interprétera les déclarations et les comportements des parties selon le principe de la confiance, en recherchant comment une déclaration ou une attitude pouvait être comprise de bonne foi en fonction de l'ensemble des circonstances; il s'agit d'une question de droit (interprétation objective; cf. ATF 132 III 268 consid. 2.3.2). L'argumentation de la demanderesse ne saurait toutefois être suivie dans la mesure où le texte de l'art. 21 let. c CGA se réfère expressément à la notion du traitement efficace, économique et adéquat prévu par la LAMal (consid 3b supra). L'assurance complémentaire conclue en l'espèce prévoit en outre, l'hospitalisation dans la division privée d'un établissement public ou privé ayant conclu un accord tarifaire préférentiel, prestation

garantissant justement un confort supplémentaire forcément plus coûteux que celui prévu par l'assurance de base. De même, lorsqu'elle parle de la prise en charge des frais non déraisonnables engendrés par les soins, la demanderesse a, en réalité, bien compris les limites posées à la prise en charge de l'éventuelle hospitalisation en division privée. D'autre part, cette couverture hospitalisation est complémentaire, puisqu'elle n'admet la prise en charge que de la différence entre les prestations dues par l'assurance obligatoire et les frais facturés par l'établissement hospitalier. Une hospitalisation au sein d'une division privée d'un établissement hospitalier selon cette police d'assurance suppose donc déjà la nécessité d'une hospitalisation au sens de la LAMal, soit une mesure efficace adéquate et économique. Une interprétation contraire de la clause d'exclusion prévue par l'art. 21 let. c CGA ne se justifie pas. c) La règle jurisprudentielle de l'insolite vient corriger, à certaines conditions, le résultat parfois inéquitable auquel peut aboutir, en matière de conditions générales, l'application des règles d'interprétation. Cette règle s'applique plus particulièrement lorsque la partie ayant adhéré à des conditions générales ne les a pas lues ou les a lues sans les comprendre (A. Morin, Les clauses contractuelles non négociées in: RDS 128 [2009] I 519). En vertu de la règle de l'insolite, sont soustraites de l'adhésion censée donnée globalement à des conditions générales toutes les clauses inhabituelles, sur l'existence desquelles l'attention de la partie la plus faible ou la moins expérimentée en affaires n'a pas été spécialement attirée. Sont inhabituelles au sens de cette jurisprudence les clauses étrangères à l'affaire, c'est-à-dire qui en modifient de manière essentielle la nature ou qui sortent notablement du cadre légal d'un type de contrat (ATF 135 III 1 consid. 2.1 ; TF 4A_120/2008 du 19 mai 2008, consid. 2.2). Tel n'est de toute évidence pas le cas de la clause de l'art. 21 let. c CGA. Non seulement, la limitation contenue dans cette disposition ne modifie en rien la nature de l'affaire, mais encore, elle ne sort pas notablement du cadre légal du type de contrat considéré, ainsi que vu précédemment. Enfin, la clause n'est de toute évidence pas rédigée de façon ambiguë, de sorte qu'elle ne saurait être considérée comme trompeuse. Le seul fait que la demanderesse ait pu mal la comprendre, ce qui n'est au demeurant pas établi, n'y change rien (TF 4P.52/2000 du 29 juin 2000, consid. 3b/bb).

E. 5

a) Reste donc à déterminer si une hospitalisation stationnaire de deux jours, pour une hystérocopie et la pose d'un stérilet de type Mirena se justifiait dans le cas de G._____, à savoir si elle remplissait, en particulier, la condition d'économicité. b) Aux termes de l'art. 30 LPA-VD, le juge établit, avec la collaboration des parties, les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. Il lui appartient d'examiner l'ensemble des moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, et décider s'ils permettent d'établir les faits pertinents, soit, si les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée, si le rapport a été établi sur la base d'examens complets, s'il prend en considération les plaintes exprimées, s'il a été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse) et si la description du contexte médical est claire et les conclusions bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a). Toutefois, le juge doit tenir compte avec prudence de l'opinion du médecin traitant, en raison du rapport de confiance qui le lie à son patient (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; VSI 2/2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2 et 9C_91/2008 du 30 septembre 2008). Il est néanmoins tenu d'examiner si son avis est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal ou par les organes de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3c). Il en va ainsi si le médecin traitant fait état

d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre d'une expertise médicale et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de celle-ci (TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.2, 9C_514/2009 du 3 novembre 2009, consid. 4, 8 C_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3 et 9C_289/2007 du 29 janvier 2008, consid. 4.2). c) Il ressort du dossier et des documents produits en cours de procédure que l'hystérocopie est une technique de visualisation de l'utérus au moyen d'un appareil muni d'un système optique. Combinée avec un traitement des lésions constatées, elle est appelée hystérocopie opératoire. La littérature médicale permet d'admettre que tant l'hystérocopie diagnostique qu'opératoire sont des interventions courantes, d'importance mineure, qui sont généralement pratiquées en ambulatoire. Les pièces produites lors de l'audience du 21 mars 2011 par la demanderesse, confirment que ces interventions peuvent se pratiquer soit dans un cabinet médical, soit dans un hôpital. Cela ne permet pas encore d'admettre que dans ce dernier cas, l'hospitalisation doit être stationnaire. Un traitement qui se justifie dans un cadre hospitalier pour différentes raisons, peut également être réalisé ambulatoirement. Concernant la justification médicale de l'hospitalisation, force est de constater que les avis transmis par le Dr S._____ ne plaident pas en faveur de la nécessité d'une hospitalisation. Dans un très bref avis médical, reçu par la défenderesse le 1^{er} novembre 2007, il a répondu aux questions posées par l'assureur de la manière suivante : " Diagnostic : métrorragies en période ménopausique en absence de Mirena Anamnèse : patiente substituée par oestrogel et Mirena Type d'intervention : hystérocopie diagnostic et mise en place Mirena Durée du séjour : 24 heures. " Requis d'envoyer un rapport médical détaillé sur les raisons médicales impératives ne permettant pas un traitement ambulatoire, le Dr S._____ s'est contenté de retourner le même avis médical sans précisions complémentaires. Par la suite, il a indiqué qu'il n'appartenait pas au médecin conseil d'entrer dans des considérations cliniques pour un cas qu'il ne connaissait pas, sans pour autant fournir d'autres explications. Ni l'indication opératoire, parfaitement justifiée, compte tenu des polypes endocervicaux confirmés suite à l'hystérocopie diagnostique, ni le protocole opératoire, décrivant une intervention parfaitement usuelle, ne permet de justifier une hospitalisation stationnaire. Quant aux risques hémorragiques et postopératoires, ils ne justifient pas à eux seuls l'hospitalisation de deux jours. Il ressort de la littérature médicale que les risques liés à de telles interventions sont rares bien que possibles et rien au dossier ne permet d'admettre qu'une surveillance médicale ambulatoire n'était pas envisageable dans le cas de la demanderesse. Cette dernière ne remplit de surcroît pas les circonstances particulières admises par la jurisprudence pour justifier dans certains cas une hospitalisation (âge avancé, solitude, etc.). Enfin, la nécessité d'un traitement s'appréciant selon des critères objectifs et non en fonction de l'opinion de l'assuré ou du médecin, le besoin de sécurité ou le souhait de pouvoir bénéficier d'un plus grand confort, s'il paraît parfaitement légitime, ne saurait fonder l'obligation de l'assureur complémentaire de prendre en charge les coûts du traitement. Compte tenu de ces différents éléments, l'avis du médecin-conseil doit en l'occurrence être préféré à celui du médecin traitant.

E. 6

CO qui régit les situations d'acceptation tacite, soit les cas dans lesquels l'auteur d'une offre ne doit pas en raison soit de la nature de l'affaire soit des circonstances, s'attendre à une acceptation tacite de l'autre partie (cf. Dessemontet, De la formation des obligations in: Commentaire romand Code des obligations I, Genève/Bâle/Munich 2003, n°4 p. 42). Ainsi même si par hypothèse l'on devait considérer que la disposition de l'art. 6 CO puisse

s'appliquer dans le présent cas, dite norme ne pourrait en définitive pas être retenue car elle n'est d'aucune utilité pour aider au règlement de situations dans lesquelles l'auteur d'une offre doit s'attendre à obtenir une acceptation expresse de la part de son co-contractant ainsi que cela était clairement le cas en l'espèce, la défenderesse ayant expressément attiré l'attention de la demanderesse sur le fait qu'elle ne manquerait pas de lui faire part de sa détermination une fois en possession de tous les renseignements demandés.

E. 7

a) En définitive, mal fondées, les prétentions formulées dans la demande du 15 avril 2009 doivent être rejetées dans leur entier. Il ne sera pas perçu de frais de justice, la procédure étant gratuite pour les parties (cf. ancien art. 85 al. 3 LSA). La défenderesse, bien qu'obtenant gain de cause n'a pas droit à des dépens, faute pour elle d'avoir eu recours aux services d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts (art. 55 al. 1 LPA-VD a contrario, applicable par renvoi de l'art. 109 al. 1 LPA-VD). Par ces motifs, la juge unique prononce : I. Les conclusions de la demande du 15 avril 2009 de Madame G. _____ contre N. _____ Assurances SA sont rejetées. II. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens. La juge unique : Le greffier : Du Le jugement qui précède est notifié à : ■ Me Philippe Nordmann (pour G. _____), ■ N. _____ Assurances SA, par l'envoi de photocopies. Un recours au sens des art. 319 ss CPC peut être formé dans un délai de 30 jours dès la notification du présent jugement en déposant au greffe du Tribunal cantonal un mémoire écrit et motivé. Le jugement objet du recours doit être joint. Le greffier :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.