

VD_FINDINFO Jug / 2011 / 206 vom 26. September 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-09-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Jug___2011___206

FR: VD_FINDINFO Jug / 2011 / 206 du 26 septembre 2011

IT: VD_FINDINFO Jug / 2011 / 206 del 26 settembre 2011

Regeste

FARDEAU DE LA PREUVE, FORCE PROBANTE, PRESCRIPTION, MESURE MÉDICALE DE RÉADAPTATION | 8 CC, 135 ch. 1 CO, 135 ch. 2 CO, 33 LCA, 46 al. 1 LCA, 85 al. 2 LSA, 404 CPC (CH)

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 26.09.2011 Jug / 2011 / 206

FARDEAU DE LA PREUVE, FORCE PROBANTE, PRESCRIPTION, MESURE MÉDICALE DE RÉADAPTATION | 8 CC, 135 ch. 1 CO, 135 ch. 2 CO, 33 LCA, 46 al. 1 LCA, 85 al. 2 LSA, 404 CPC (CH)

TRIBUNAL CANTONAL AMC 12/08 - 20/2011 COUR DES ASSURANCES

SOCIALES _____ Jugement du 26

septembre 2011 _____ Présidence de Mme Di Ferro Demierre

Juges : Mmes Thalmann et Röthenbacher Greffier : M. Germond *****

Cause pendante entre : A.S. _____, à Lausanne, demandeur, représenté par Me Laurent Damond, avocat à Lausanne, et C. _____ Caisse-maladie, à Lausanne, défenderesse.

_____ Art. 33 et 46 al. 1 LCA E n f a i t : A. Le 9 novembre 2005, C. _____ Caisse-maladie (ci-après: la Caisse ou la défenderesse) a reçu, par fax, une demande de garantie d'hospitalisation de la part de la clinique V. _____ SA (ci-après: la clinique V. _____) à [...] pour l'assurée B.S. _____ (ci-après: l'assurée). Le médecin référant était le Dr P. _____, spécialiste FMH en neurologie. La Caisse a garanti la prise en charge des soins relatifs à la phase aiguë du traitement uniquement, soit jusqu'au 25 novembre 2005. Le 28 novembre 2005, l'Hôpital de D. _____ a adressé à la Caisse une demande d'admission en Division B pour une réadaptation, soins palliatifs et suite du traitement. Le 5 janvier 2006, la clinique V. _____ a demandé à C. _____ de prolonger la garantie de prise en charge de l'hospitalisation de Mme B.S. _____. Le 6 janvier 2006, la Caisse a requis des renseignements médicaux auprès de son médecin-conseil. Le 10 janvier 2006, le Dr P. _____, médecin traitant de l'assurée, a renseigné le médecin-conseil de la Caisse sur les raisons de l'hospitalisation. Dans ce courrier, il précisait que l'assurée souffrait d'une paraplégie des membres inférieurs, avec apparition d'un déficit au niveau des membres supérieurs qui entraînaient une impotence partielle et surtout une impossibilité de se rendre aux WC. A ce stade, il n'y avait toutefois pas de déficit respiratoire ni de troubles de la déglutition. Le médecin relevait toutefois qu'il était à craindre que cette composante de la symptomatologie apparaisse prochainement étant donné la dégradation de la situation. Il relevait également qu'il avait vainement essayé de transférer cette patiente dans une institution possédant des lits B ou C. Il s'était heurté à des refus de la part de plusieurs institutions. L'assurée se trouvait actuellement "en attente" pour l'hôpital de D. _____ et le Dr P. _____ avait pris contact avec le Dr

M. _____, spécialiste FMH en rhumatologie à [...], qui était d'accord de prendre en charge les frais dans le cadre d'une unité de réadaptation. Une amélioration transitoire de l'état de la patiente sous un traitement de physiothérapie intensive pouvait être espérée, raison pour laquelle divers établissements de réhabilitation avaient été contactés. Une tentative de retour à domicile s'était avérée un échec et le CMS refusait de prendre en charge cette patiente en raison de son manque d'autonomie pour aller à selles. Dans un courrier du 2 février 2006 au Dr J. _____ du centre médical du [...] à [...], le Dr P. _____ a relevé ce qui suit concernant l'hospitalisation à la clinique V. _____ : " [...] Il a malheureusement été constaté une aggravation des déficits moteurs, la patiente étant pratiquement plégique des deux membres inférieurs et commençant à présenter des troubles moteurs au niveau des deux membres supérieurs, ceci malgré la poursuite du Rilutek, de l'Ephynal, de la créatine et de la physiothérapie. Un retour à domicile a été rendu impossible par le fait que la patiente est devenue totalement dépendante dans les activités de tous les jours et notamment pour aller à la toilette. Nous n'avons par contre pas observé de troubles respiratoires ni de fausse route durant l'hospitalisation à la clinique V. _____. L'évolution durant le séjour à V. _____ confirme malheureusement la suspicion de sclérose latérale amyotrophique évoquée au terme du séjour dans le service de neurologie du [...]. " Il ressort de la facture établie le 30 novembre 2007 par la clinique V. _____ que la patiente a bénéficié de soins infirmiers ainsi que de physiothérapie durant son séjour à la clinique. Après examen du dossier par son médecin-conseil, la Caisse a refusé, le 8 février 2006, de prendre en charge la part des frais relevant de l'hospitalisation privée, au motif qu'il s'agissait d'un séjour de réadaptation ou de soins palliatifs. Dans un rapport médical du 1^{er} mai 2006, le Dr P. _____ s'est exprimé en ces termes sur le cas de l'assurée: " Lors de l'entretien, Madame B.S. _____ m'a paru légèrement déprimée mais sans plus. Elle m'a signalé une aggravation des déficits moteurs au niveau des membres supérieurs ainsi que quelques difficultés respiratoires. Pas de troubles de la déglutition. Pas d'autres plaintes significatives. [...] Je me suis entretenu avec Madame B.S. _____ de « la suite », sans aborder néanmoins sa fin de vie. Je lui ai tout particulièrement parlé de l'impossibilité de revenir à la clinique V. _____ étant donné le type de traitement à instaurer et les problèmes assécurologiques. Il m'a semblé que Madame B.S. _____ comprenait, voire acceptait cette impossibilité de revenir à la clinique et admettait une hospitalisation future au [...]. " Dans un rapport médical du 4 mai 2006, le Dr E. _____ de l'institution de [...] a souligné que la diminution de la force musculaire globale était visible de façon hebdomadaire, la patiente étant institutionnalisée à [...] où elle était gardée pour l'instant, ses médecins étant bien conscients de l'évolution vers l'insuffisance respiratoire, voire les troubles de la déglutition qui risqueraient de nécessiter à l'avenir, le transfert au [...] (sous une forte pression du mari de l'assurée). Il ressort d'un rapport médical du 17 mai 2006 du Dr E. _____ que l'assurée a été transférée à l'institution de [...] le 31 janvier 2006. Le 5 mai des investigations pulmonaires approfondies avaient eu lieu au [...]. Il a alors été mis en évidence une nette diminution subjective et objective de la respiration ainsi que quelques troubles de la déglutition. Malgré toutes les explications, le Dr E. _____ a noté une forte pression de l'assurée et son époux afin de procéder à des examens complémentaires au [...]. Dans un rapport médical établi suite à une consultation du 19 mai 2006, les Drs H. _____ et G. _____ du Service de pneumologie du [...] ont fait état d'une péjoration de l'état de santé de l'assurée durant les quinze derniers jours. L'apparition d'une hypercapnie débutante était relevée de sorte qu'il était proposé d'enseigner et pratiquer l'assistance à la toux avec la physiothérapeute et l'entourage de

l'assurée. Compte tenu de l'apparition d'épisodes de fausses routes, un avis spécialisé ORL (oto-rhino-laryngologie) était souhaité pour envisager une physiothérapie spécifique et évaluer l'indication future à une PEG pour l'alimentation. Dans un document intitulé "Résumé de cas" du 16 juin 2006, le Dr N. _____, chef de clinique-adjoint au Service de médecine interne du [...] a mentionné que des soins de confort (B-PAP, quasi continue, antalgie par Sintényl sous-cutané en continu (10 microg/h) et bolus en R, anxiolyse par Nozinan sc.) étaient à prodiguer. Selon un rapport médical du 20 juin 2006, les Drs Z. _____ et N. _____ du [...] ont posé le diagnostic principal d'insuffisance respiratoire globale terminale sur sclérose latérale amyotrophique rapidement progressive. L'assurée a séjourné dans le Service de médecine interne du [...] du 18 mai au 20 juin 2006, date de son décès. Par courrier du 3 octobre 2007, Me Gaëlle Geinoz, mandatée par A.S. _____ (ci-après: le demandeur) afin de défendre ses intérêts, a mis en demeure C. _____ Caisse-maladie de prendre en charge la totalité des frais, en s'appuyant sur deux nouveaux rapports médicaux. Le demandeur a produit un rapport du 7 août 2007 établi par le Dr P. _____ dont il ressort ce qui suit: " Rappelons tout d'abord que Mme B.S. _____ a présenté début mars 2005 l'installation progressive d'une paraparésie sans troubles sensitivo-moteurs ni sphinctériens associés, laquelle est restée de nature incertaine jusqu'au décès bien que les examens pratiqués en cours d'évolution [...] laissent à penser à une forme un peu atypique de sclérose latérale amyotrophique. L'évolution a été caractérisée par une dégradation rapide des fonctions motrices de la patiente puis l'apparition de troubles de la déglutition et de la respiration. Les traitements ont comporté l'administration de Rilutek, de vitamines E et d'une physiothérapie intensive ayant pour but de maintenir dans toute la mesure du possible l'autonomie de la patiente. Ultérieurement, l'aggravation des troubles a interdit tout retour à domicile étant donné l'état de dépendance grave de la patiente ne permettant pas à l'époux de s'occuper de Madame B.S. _____. Comme je l'ai écrit dans ma lettre du 10 janvier 2006 au médecin-conseil de la C. _____, nous avons effectué de nombreuses démarches auprès de plusieurs institutions telles que l'hôpital de D. _____, l'hôpital d' [...], l'institution de [...], etc, qui ont toutes refusé la prise en charge de la patiente étant donné la gravité du cas. Finalement, devant l'insistance de la C. _____, Madame B.S. _____ a été transférée à l'institution de [...] où l'aggravation de son état de santé a rendu rapidement nécessaire un transfert dans le département de médecine du [...]. Concernant le séjour de Madame B.S. _____ à la clinique V. _____, j'estime toujours qu'il ne s'agissait pas d'une prise en charge palliative ni d'un séjour de réadaptation mais bien d'un séjour à but diagnostique et thérapeutique comportant notamment l'administration d'une médication et la prescription d'une physiothérapie intensive. On ne peut pas non plus à mon sens considérer qu'un patient requiert des soins palliatifs lorsque l'affection dure de 1 à 2 ans et nécessite des traitements importants et notamment une assistance à la déambulation et à la respiration. " Dans le second rapport médical du 27 septembre 2007, le Dr R. _____ du Service de neurologie du [...], a certifié ne pas avoir connaissance d'un séjour de l'assurée au [...] postérieur à celui intervenu du 9 novembre 2005 au 31 janvier 2006 auprès de la clinique V. _____. Ce médecin a également souligné que l'indication et le but d'une hospitalisation dépendent généralement du médecin qui la prescrit et la prend en charge et que, dès lors, l'avis du Dr P. _____ s'avère prépondérant. Le 23 octobre 2007, la Caisse a répondu par la négative à la demande de Me Gaëlle Geinoz, au motif que le séjour relevait visiblement d'un cas de réadaptation, dont la prise en charge était exclue par les conditions d'assurance. Le 19 décembre 2007, et pour faire suite à une demande de la nouvelle mandataire du demandeur,

la Caisse a signé une déclaration de renonciation à la prescription concernant la prise en charge du séjour à la Clinique V. _____ du 9 novembre 2005 au 31 janvier 2006. S'agissant des frais de location d'un fauteuil roulant, dont le demandeur sollicite le remboursement, la Caisse en a pris en charge une partie, au titre de l'assurance complémentaire [...]. B. Le 24 juin 2008, le demandeur dont le conseil est Me Laurent Damond a adressé un mémoire au Tribunal des assurances pour le canton de Vaud au terme duquel il conclut, sous suite de dépens, à ce qu'il soit dit que C. _____ assurance maladie SA est débitrice de la succession de feu Mme B.S. _____, soit A.S. _____, de la somme de 45'532 fr. 15, avec intérêts à 5% l'an dès le 13 janvier 2006. Dans sa réponse du 15 octobre 2008, la défenderesse conclut au rejet de la demande avec charge des dépens au demandeur. Elle invoque la prescription tant en ce qui concerne la prise en charge du séjour à la Clinique V. _____ que les frais de location du fauteuil roulant. Par déterminations du 19 janvier 2009, le demandeur relève, concernant la prescription, que la défenderesse a octroyé la couverture d'assurance par la garantie d'hospitalisation pour une date d'entrée au 9 novembre 2005 avec la remarque suivante : "pour la phase aiguë du traitement uniquement". Ce n'est que l'année suivante, soit, en 2006, que la défenderesse a refusé la prolongation de l'octroi de ladite garantie. Dès lors que la défenderesse a renoncé à se prévaloir de la prescription au mois de décembre 2005, le délai de prescription de l'article 46 LCA (loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance, RS 221.229.1) n'a commencé de courir qu'à partir du moment où surviennent les éléments se fondant sur un droit à la prestation, soit à partir du moment où l'assurance a indiqué qu'elle refusait de donner la couverture d'assurance. Par déterminations du 8 septembre 2009, la défenderesse a fait valoir les arguments suivants: " 1. A titre liminaire, on rappellera que la demande doit être rejetée principalement pour le motif que les prétentions étaient prescrites lors de l'ouverture de l'action en justice. Subsidièrement, la défenderesse précise d'emblée que les informations médicales contenues dans les dossiers récemment produits ne permettent pas de conclure à une quelconque prise en charge de l'hospitalisation de Feu Mme B.S. _____ à la Clinique V. _____ du 9 novembre 2005 au 31 janvier 2006 au titre de l'assurance complémentaire [...]. 2. Concernant la maladie dont a souffert la défunte assurée, la lecture des dossiers médicaux permet de confirmer le diagnostic de sclérose latérale amyotrophique évoqué par le demandeur et de déduire que cette maladie ne se guérit pas, qu'elle amène une lente détérioration des fonctions motrices notamment et que seule une médication appropriée permet un ralentissement de la progression. 3. Dans un deuxième temps, le déroulement des faits mérite d'être précisé à la lumière des renseignements médicaux. En effet, contrairement à ce qu'affirme le demandeur dans sa demande, celui-ci ne s'est vraisemblablement pas occupé de son épouse après sa sortie de la Clinique V. _____, puisque l'assurée a été immédiatement transférée à l'institution de [...] après son séjour en clinique. Ainsi, le placement en institut médico-social n'était aucunement une solution de dernier ressort, comme le déduit le demandeur, mais une issue réfléchie et parfaitement adaptée à la situation d'espèce. 4. Dans le même contexte, l'affirmation du demandeur selon laquelle ledit Home n'a pas pu apporter les soins appropriés à sa défunte épouse n'est étayée par aucune pièce du dossier médical. Au contraire, on s'étonne de la pauvreté des informations médicales concernant le séjour de Feu Mme B.S. _____ à l'institut de [...], qui marque clairement l'absence de troubles particuliers et l'adéquation des soins de confort apportés. Le courrier du service de pneumologie du [...] du 10 mai 2006 est révélateur de ce fait, puisqu'il constate l'absence d'indication à une ventilation non invasive ainsi que de troubles de la déglutition et

conseille la poursuite de la physiothérapie. 5. S'agissant plus précisément du séjour litigieux à la Clinique V. _____ du 9 novembre 2005 au 31 janvier 2006, les dossiers médicaux produits ne permettent pas non plus d'aller à l'encontre des conclusions de la défenderesse, à savoir que les seuls soins prodigués étaient une médication orale ainsi qu'une physiothérapie. Dans ces conditions, force est de constater que les informations médicales produites ne permettent pas d'étayer la thèse du demandeur, lequel comptait exclusivement sur celles-ci pour appuyer ses conclusions. Au contraire, il apparaît clairement que le séjour à la Clinique V. _____, comme les séjours ultérieurs d'ailleurs, relevait d'une phase de réadaptation, voire de soins palliatifs, mais qu'en aucun cas des soins aigus ont été prodigués. En l'espèce, aucun document médical ne fait état de soins aigus, nécessitant des appareillages et des suivis complexes. Au contraire, la seule aide qui semble avoir été donnée consistait dans un soutien lors des activités quotidiennes, activité typique de réhabilitation/réadaptation. 6. La thèse de la défenderesse est encore confirmée par des documents relatifs à l'hospitalisation de Feu Mme B.S. _____ au [...] du 18 mai au 20 juin 2006, lesquels constatent que, même à ce stade avancé de la maladie, seuls des soins de confort lui étaient apportés, par le biais d'une médication et d'une aide à la ventilation non invasive. Qui plus est, le transfert dans une unité de soins palliatifs ou dans un institut spécialisé dans le traitement des patients atteints d'une maladie neurologique a même été envisagé, peu avant le décès. A la lumière des arguments relevés ci-dessus et dans le contexte d'une maladie évolutive non guérissable, il est patent que si les soins donnés à la défunte assurée ne relevaient pas d'une prise en charge aigue en fin de vie, il n'en va pas différemment du séjour à la Clinique V. _____ qui a précédé. 7. Ainsi, dans l'hypothèse où les prétentions du demandeur ne devaient pas être prescrites, elles devraient être rejetées, dans la mesure où le séjour litigieux à la Clinique V. _____ relevait d'une hospitalisation de réadaptation, voire de soins palliatifs, type de séjour expressément exclu de la couverture complémentaire dont bénéficiait Feu Mme B.S. _____. " Dans ses déterminations du 25 janvier 2010, la défenderesse s'est exprimée comme il suit sur les pièces médicales produites par l'institution de [...]: " 1. On précisera d'emblée que les données fournies par le Dr E. _____, médecin responsable de l'établissement, lesquelles figuraient déjà de manière quasi intégrale dans les dossiers produits par le [...] et le Dr T. _____, confortent la défenderesse dans sa position, à savoir que la prise en charge de l'hospitalisation de Feu Mme B.S. _____ à la Clinique V. _____ du 9 novembre 2005 au 31 janvier 2006 ne relève pas de ses obligations contractuelles. 2. En particulier, le courrier du Dr E. _____ du 16 décembre 2009 permet de confirmer que le transfert au sein de l'établissement médico-social a eu lieu immédiatement à la suite du séjour litigieux à la Clinique V. _____ et qu'il constituait donc une solution réfléchie et appropriée compte tenu de l'état de santé de l'assurée à ce moment. 3. Cela étant, on s'étonne de la conclusion formulée par le Dr E. _____ au troisième paragraphe de sa correspondance. Dans celui-ci, il affirme que les rapports du Dr P. _____ du 1^{er} mai 2006 et du [...] du 10 mai 2006 démontrent que l'institution de [...] n'était plus en mesure d'assurer le suivi respiratoire de Feu Mme B.S. _____. Or, le second rapport constate précisément l'absence d'indication à une ventilation non invasive ainsi que l'inexistence de troubles de la déglutition au moment de sa rédaction, soit bien après la période déterminante en l'espèce. Quant au premier rapport mentionné par le Dr E. _____, il ne dit pas autre chose. Au demeurant, les médecins qui se sont prononcés en ces occasions n'ont aucunement fait mention d'une nécessité d'hospitaliser de manière immédiate l'assurée dans une unité de soins aigus. Au contraire, ils proposaient de revoir la patiente

ultérieurement afin de procéder à une nouvelle évaluation et préconisaient la poursuite de la médication et de la physiothérapie jusque là appliquées. Compte tenu de ces éléments, il est patent que le choix de l'institution de [...] était adapté aux maux dont souffrait l'assurée jusqu'à la décision de transfert au [...] du 17 mai 2006. [...] 4. Pour le surplus, la défenderesse rappelle que les informations médicales nouvellement produites sont toutes relatives à une période postérieure à celle qui fait l'objet du présent litige. Si une indication médicale pour une hospitalisation en soins aigus n'était pas encore donnée en février, mars et avril 2006, moment durant lequel l'assurée a séjourné en EMS, il en va a fortiori de même pour la période du 9 novembre 2005 au 31 janvier 2006, soit durant l'hospitalisation à la Clinique V._____." Par déterminations du 25 janvier 2010, le demandeur a souligné ce qui suit : " En date du 16 décembre 2009, le Dr E._____, médecin responsable à l'Institution de [...], a notamment précisé ce qui suit: « Selon les rapports du Dr J.-P. P._____ du 1 er mai 06 et du [...] daté du 10 mai 06, dont vous trouverez une copie en annexe, l'institution de [...] n'était plus en mesure d'assurer le suivi respiratoire de Mme B.S._____ ». Ledit praticien a relevé dans cette même écriture, auparavant, ce qui suit: «La situation de cette patiente a évolué de manière rapide au cours des quelques mois suivants, et j'ai pu constater une diminution rapide de la force musculaire globale, un état dyspnéique et des troubles de la déglutition. La patiente présentait également une grande détresse psychologique, se sentant mourir par étouffement, ce qui produisait une grande impuissance chez son époux. » Il s'avère que l'Institution de [...], bien que médicalisée, n'a pas pu faire face à la dégradation de l'état de santé de feu Mme B.S._____. Ainsi, elle a été transférée en urgence, au [...], ce qui signifie bien qu'il ne s'agissait pas de soins palliatifs. Le traitement dispensé par les praticiens de l'Hôpital cantonal a été lourd, tel que cela ressort du dossier du [...]. Durant la période d'hospitalisation à la Clinique V._____, un traitement médical a été dispensé, notamment en rapport aux difficultés respiratoires de feu Mme B.S._____. En tout état de cause, l'hospitalisation dans ladite Clinique à la fin de l'année 2005 et début de l'année 2006 n'était pas liée à des soins palliatifs, mais bien au traitement de la patiente. Fondé sur ce qui précède, la défenderesse doit prendre en charge la facture de la Clinique V._____ pour la période litigieuse. " Pour terminer, il a requis la mise en oeuvre d'une expertise médicale indépendante, afin qu'un praticien puisse examiner la question de la nécessité d'une hospitalisation ou d'un placement dans une institution. Le 26 février 2010 la défenderesse a indiqué que les déterminations du demandeur du 25 janvier 2010 n'étaient pas de nature à remettre en cause les conclusions libératoires de sa réponse. La mise en oeuvre d'une expertise indépendante n'apparaissait pour le surplus pas nécessaire. Dans ses déterminations du 8 avril 2010, le demandeur a une nouvelle fois relevé que le Dr E._____ avait précisé que l'institut de [...] n'était plus en mesure d'assurer le suivi respiratoire de Mme B.S._____. Les dossiers médicaux de Mme B.S._____ auprès de l'Institution de [...], du [...] et la Clinique V._____ ont été produits. Il ressort notamment du dossier médical de la patiente auprès de son médecin traitant que celle-ci avait déjà séjourné à la Clinique V._____ du 20 septembre 2005 au 3 octobre 2005 à la suite d'une chute à domicile. Le 24 juin 2005, le Service de neurologie du [...] a posé le diagnostic principal de maladie du motoneurone. La patiente avait séjourné dans ce service du 30 mai 2005 au 13 juin 2005, date de son retour à domicile. Le 24 mai 2005, le Dr K._____, spécialiste FMH en immunoallergologie, relevait que la patiente présentait une faiblesse progressive, actuellement stable, des membres inférieurs, évoquant plutôt pour une origine neurologique.

E n d r o i t : 1. a) Jusqu'au 31 décembre 2008, le contentieux des assurances

complémentaires à l'assurance-maladie était de la compétence du Tribunal cantonal des assurances (cf. art. 1 du décret du Grand Conseil 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 [DTAs-AM, RSV 173.431]). A compter du 1^{er} janvier 2009, le contentieux visé par ce décret est devenu de la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (cf. JT 2009 III 43). Au 1^{er} janvier 2011 le DTAs-AM a été abrogé dans le cadre de la mise en oeuvre du nouveau CPC (Code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272) (cf. art. 1 du décret du Grand Conseil du 16 décembre 2009 abrogeant celui du 20 mai 1996 précité). Toutefois, la compétence conférée en application de l'ancien droit est maintenue (cf. art. 404 al. 2 CPC), de sorte que la présente cause, introduite par demande du 24 juin 2008, ressortit à la compétence de la cour de céans.

b) Quant bien même il s'agit d'une cause civile, sont applicables les règles de procédure prévues pour l'action de droit administratif (cf. JT 2009 III 43), au sens des art. 106 ss LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36).

2. a) L'épouse du demandeur, B.S. _____ a présenté, dès le mois de mars 2005, les symptômes d'une sclérose latérale amyotrophique, soit plus particulièrement une paraparésie sans troubles sensitivo-moteurs ni sphinctériens associés. Elle est décédée le 20 juin 2006 au [...] d'une insuffisance respiratoire globale terminale sur sclérose latérale amyotrophique rapidement progressive. Elle était assurée en assurance-maladie de base auprès de la défenderesse. De plus, elle bénéficiait auprès de celle-ci d'un certain nombre d'assurances complémentaires selon la LCA (loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance, RS 221.229.1). Les assurances complémentaires étaient les suivantes: [...], [...], [...], [...]. Constatant que le séjour d'hospitalisation à la clinique V. _____ SA relevait d'une réadaptation ou de soins palliatifs, la défenderesse n'a pris en charge que le forfait conventionnel prévu pour les séjours de réadaptation au titre de l'assurance obligatoire des soins, ainsi qu'une partie d'une facture d'orthopédie relative à la location d'un fauteuil roulant. La cause concerne un litige d'assurance-maladie privée divisant A.S. _____ d'avec l'assureur-maladie C. _____ Assurances SA relatif aux frais d'hospitalisation de feu B.S. _____ auprès de la Clinique V. _____ du 9 novembre 2005 au 31 janvier 2006. La caisse-maladie défenderesse fait notamment valoir que le séjour d'hospitalisation à la Clinique V. _____ relève d'une réadaptation ou de soins palliatifs, alors que le demandeur soutient que l'hospitalisation de B.S. _____ était nécessaire pour fournir des soins médicaux aigus.

b) Pour les contestations de droit privé relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMaI, RS 832.10), qui sont de la compétence du juge (art. 85 al. 1 LSA [loi fédérale du 17 décembre 2004 sur la surveillance des entreprises d'assurance, RS 961.01]; ATF 124 I 44 consid. 2a et 123 V 324 consid. 3a), l'art. 85 al. 2 LSA, en vigueur au moment du dépôt de la demande, prescrit une procédure simple et rapide dans laquelle le juge établit d'office les faits et apprécie librement les preuves. En matière de preuve, qu'il s'agisse d'un litige relatif à la survenance d'un cas d'assurance ou à l'étendue de la prétention, la règle générale de l'art. 8 CC (Code civil suisse du 10 décembre 1907, RS 210) s'applique. A cet égard, l'art. 8 CC est violé quand le juge n'administre pas sur des faits pertinents des preuves adéquates offertes régulièrement selon le droit cantonal, alors qu'il ne considère l'allégation desdits faits ni comme exacte, ni comme réfutée. La disposition n'exclut toutefois ni la preuve par indices, ni l'appréciation anticipée des preuves, le juge pouvant rejeter des offres de preuve d'une partie s'il arrive à la conclusion qu'elles ne seraient pas propres à démontrer le fait à prouver ou parce que sa conviction est déjà assise

sur les preuves rassemblées, de manière que le résultat de leur appréciation ne puisse plus être remis en question (TF 4C.305/2000 du 22 mars 2001, consid. 2a). Ainsi, le juge se doit d'administrer tous les moyens de preuves nécessaires à l'établissement des faits.

Conformément à la maxime inquisitoire sociale, le juge n'est pas lié à l'offre de preuve des parties et doit tenir compte des faits juridiquement pertinents, même si les parties ne les ont pas invoqués. Toutefois, lorsque des faits ne sont pas contestés – ou à tout le moins admis –, le juge n'a pas à procéder à un complément d'instruction (TF 5C.134/2004 du 1^{er} octobre 2004, consid. 2.2). Le principe de la libre appréciation des preuves signifie que le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c et les références citées; TF 4A_253/2007 du 13 novembre 2007, consid. 4.2; TFA I 507/2003 du 15 janvier 2004, consid. 5.1).

3. a) Le demandeur fait valoir deux prestations distinctes: d'une part la prise en charge des frais d'hospitalisation en division privée pour le séjour de l'assurée à la Clinique V. _____ du 9 novembre 2005 au 31 janvier 2006, et d'autre part, le remboursement d'une facture d'un technicien orthopédique, concernant plus particulièrement la location d'un fauteuil roulant. Au vu de leur origine différente, ces deux prétentions doivent être examinées séparément. Préalablement à cet examen, il convient d'étudier la problématique de la prescription. La défenderesse soutient que la prétention en remboursement des frais hospitaliers encourus du 9 novembre 2005 au 31 janvier 2006, de même que celle qui concerne les frais orthopédiques, étaient prescrites avant qu'elles ne fassent l'objet d'un acte interruptif de la prescription. Elle fait valoir que l'assureur a une obligation de prise en charge, dans les limites des conditions d'assurance, dès la survenance de l'hospitalisation en division privée d'un hôpital public ou d'une clinique en Suisse et que c'est donc dès ce moment que le délai de l'art. 46 LCA (loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance, RS 221.229.1) commence à courir. En d'autres termes, s'agissant tant d'une demande en remboursement de frais hospitaliers que d'une prestation ambulatoire, la prise en charge par l'assureur compétent se détermine dès la survenance du cas, soit dès l'entrée à l'hôpital ou le début du traitement ambulatoire. Ainsi, c'est dès ce moment, et non à partir de la fin du traitement, que le délai de prescription de deux ans commence à courir.

b) Aux termes de l'art. 46 al. 1 LCA, les créances qui dérivent du contrat d'assurance se prescrivent par deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation. Comme toute prescription, celle de l'art. 46 LCA peut être interrompue lorsque le débiteur reconnaît la dette (art. 135 ch. 1 CO [loi fédérale du 30 mars 1911 complétant le code civil suisse, RS 220) ou lorsque le créancier fait valoir ses droits par l'une des voies énumérées par l'art. 135 ch. 2 CO (cf. ATF 118 II 447 consid. 4c). La prescription commence donc à courir dès la survenance du fait qui génère le droit à la prestation, même si celui-ci était inconnu du créancier (ATF 127 III 268 consid. 2b; Graber in: Basler Kommentar, Bundesgesetz über den

Versicherungsvertrag, 2001, n° 5 ad art. 46 LCA). Le délai de deux ans prévu pour le contrat d'assurance s'applique aux prestations dues par l'assureur et aux primes dues par le preneur, mais non à une prétention en répétition de l'indu, dont la prescription est régie par l'art. 67 CO (ATF 42 II 680 consid. 2a; Graber, op. cit., n° 3 ad art. 46 LCA). Il convient enfin de rappeler que les diverses prétentions découlant d'un rapport de droit, notamment d'un contrat d'assurance, se prescrivent en principe séparément, hormis lorsque les divers chefs de réclamation, bien que distincts, ont un rapport étroit entre eux (ATF 100 II 42 consid. 2a; 89 II 256 consid. 3 in limine; cf. ATF 119 II 339 consid. 1c/aa; Pichonnaz in: Commentaire romand Code des obligations I, Genève/Bâle/Munich 2003, n° 28 ad art. 135 CO et les références citées). L'art. 46 al. 1 LCA est une *lex specialis* qui déroge tant à l'art. 41 al. 1 LCA qu'à l'art. 130 al. 1 CO et qui seule fait règle dans le domaine régi par la loi sur le contrat d'assurance (ATF 127 III 268 consid. 2c et 118 II 447 consid. 2a/aa). Le moment de l'exigibilité de la créance n'a donc aucune incidence sur le début du cours de la prescription (TF 5C.237/2004 du 23 mars 2005, consid. 2.1; Roelli/Keller in: Kommentar zum Schweizerischen Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, tome I, 2 e éd., Berne 1968, p. 667 ss; Maurer, Privatversicherungsrecht, 3 e éd., p. 393; Kuhn, Privatversicherungsrecht, 3 e éd., Zurich 2010, p. 238). Le recours au principe de l'exigibilité pour faire courir la prescription selon l'art. 149 aCO (devenu aujourd'hui l'art. 130 CO) et l'art. 39 du projet LCA (actuellement l'art. 41 al. 1 LCA) a d'emblée été exclu parce qu'il aurait permis – selon les auteurs de la loi – à l'assuré d'intervenir dans le processus de la prescription, ce qui aurait eu pour conséquence d'en annihiler les effets et de la dénaturer (TF 5C.237/2004 du 23 mars 2005 déjà cité consid. 2.1 et la référence). Il faut distinguer le moment de l'exigibilité de la créance (art. 41 al. 1 LCA) de celui de la naissance de la prétention de l'assuré. Seule une prétention qui a déjà pris naissance peut être atteinte par la prescription (ATF 100 II 42 consid. 2c et la référence; Graber, op.cit., n° 20 ad art. 46 LCA). L'obligation visée par l'art. 46 al. 1 LCA est celle de l'assureur de verser les prestations convenues à raison de l'événement assuré (ATF 119 II 468 consid. 2a; 118 II 447 consid. 2b). Le fait qui lui donne naissance varie selon les diverses catégories d'assurances et le type de prétention en cause. Ainsi, dans certains domaines, c'est l'événement dommageable (le sinistre) – cause première de l'obligation de l'assureur d'indemniser – qui est décisif dans le calcul du point de départ de la prescription (cf. ATF 100 II 42 consid. 2c); par exemple, dans l'assurance incendie, l'endommagement ou la destruction de l'objet assuré ouvre le droit aux prestations de l'assureur et, en conséquence, fait courir la prescription (ATF 126 III 278 consid. 7a et 75 II 227 consid. 2). Dans d'autres catégories d'assurance, le "fait d'où naît l'obligation" ne se confond pas avec la survenance du sinistre. C'est le cas lorsque cet événement ne donne pas à lui seul droit à la prestation de l'assureur, celle-ci n'étant due que si le sinistre engendre un autre fait précis, à savoir: dans l'assurance accident, le décès ou l'invalidité; dans l'assurance responsabilité civile, la détermination de la dette envers le lésé (ATF 126 III 278 consid. 7a, 118 II 447 consid. 2b et 100 II 42 consid. 2). Dans l'assurance de protection juridique, la prescription commence à courir dès la survenance du besoin de protection juridique, ce qui correspond en règle générale au moment où le litige entre l'assuré et le tiers prend une tournure concrète (ATF 119 II 468 consid. 2c, JT 1994 I 750 n° 54 et rés. JT 1996 I 684). Ces exemples permettent de constater que le point de départ du délai de prescription est le moment où sont établis les éléments de fait qui fondent l'obligation pour l'assureur de fournir des prestations. L'application de ce principe au présent cas conduit à la conclusion suivante: L'art. 16 des conditions générales d'assurance (CGA) applicables dispose: " Les prestations couvertes

sont payables après réception par C. _____ Assurances SA de tous les renseignements et documents qui lui permettent de se convaincre du bien-fondé et de l'importance des prétentions. " Les articles 1.4 et 1.5 des conditions spéciales pour l'assurance-maladie complémentaire [...] prévoient quant à eux que: "C. _____ Assurances SA se réserve expressément le droit de subordonner l'octroi des prestations à l'établissement d'un devis détaillé permettant de contrôler le respect du caractère économique du traitement. L'assuré doit à cet égard se faire traiter dans un établissement hospitalier ou une division hospitalière correspondant au type de soins dont il a besoin, dans le cas contraire, les prestations sont calculées conformément aux tarifs de l'hôpital public adéquat le plus proche de son lieu de domicile. " L'obligation de l'assureur de fournir des prestations, soit en l'occurrence la prise en charge des frais de traitement et des frais hôteliers lors d'une hospitalisation en division privée dans une clinique, est donc déclenchée par la décision de l'assureur de prendre ou non en charge les prestations à la suite d'un examen plus ou moins long de la situation concrète, celle-ci pouvant être provisoire comme dans le cas de la garantie de prise en charge accordée par la défenderesse. A cet égard, la garantie délivrée à un établissement hospitalier ne constitue pas un engagement définitif à l'égard de l'assuré (ATF 112 V 188 consid. 1, ATF 111 V 28 consid. 3; TFA U 67/2004 du 13 juillet 2004, consid. 5.1). Restent toutefois applicables les règles de la bonne foi. En règle générale, les polices prévoient que l'obligation de l'assureur de fournir des prestations ne dure que le temps pendant lequel un traitement médical est nécessaire. A moins que le contraire ne résulte clairement du contrat, la prise en charge des frais d'hospitalisation en clinique doit en principe être considérée comme une prestation globale unique, qui se prescrit dans son ensemble (ATF 127 III 268 consid. 2b, SJ 2001 p.147, ATF 124 V 368 consid. 2a). En l'espèce, le séjour hospitalier litigieux est survenu le 9 novembre 2005, pour se terminer le 31 janvier 2006. Le 11 novembre 2005, la défenderesse a accepté la prise en charge du séjour en clinique privée pour la phase aigue du traitement; ce n'est que lors de la nouvelle demande de prise en charge du séjour à la Clinique V. _____ le 5 janvier 2006 qu'elle a décidé le 6 janvier 2006 d'instruire le dossier de l'assurée et finalement, le 8 février 2006, de refuser non seulement la nouvelle demande de garantie mais également de révoquer la garantie accordée le 11 novembre 2005. Dans ces circonstances et au vu de la jurisprudence précitée, des conditions générales de la défenderesse et de la bonne foi, il n'appert pas possible de faire courir le délai de prescription à compter du 9 novembre 2005. Celui-ci court ainsi au plus tôt lors de la nouvelle requête de garantie le 5 janvier 2006 et au plus tard le 8 février 2006 soit au moment où la défenderesse a révoqué la garantie accordée auparavant, pour arriver à échéance le 5 janvier 2008 respectivement le 8 février 2008 (cf. également Fuhrer, Schweizerisches Privat Versicherungsrecht, Zurich/Bâle/Genève 2011, §15, chap. 3, p. 394). La défenderesse ayant renoncé à invoquer la prescription le 19 décembre 2007, la prétention du demandeur relative à la prise en charge du séjour en clinique privée du 9 novembre 2005 au 31 janvier 2006 n'était pas prescrite lors de la déclaration de renonciation. c) S'agissant de la prétention en remboursement des frais de location du fauteuil roulant, celle-ci se rapporte à la période du 14 septembre 2005 au 14 juin 2006. La défenderesse soutient que la prétention a été atteinte par la prescription le 14 septembre 2007 et que, de surcroît, la déclaration de renonciation à la prescription se rapportait uniquement au litige relatif à l'hospitalisation de Mme B.S. _____ à la Clinique V. _____ et n'a donc interrompu le délai pour la prétention en remboursement des moyens auxiliaires. La question peut toutefois restée ouverte dans la mesure où la demande doit de toute façon être rejetée sur cette question. En effet, durant la période pertinente,

l'assurée était au bénéfice de quatre assurances complémentaires. Au préalable, on relèvera que l'art. 4.1.12 des CGA pour l'assurance maladie complémentaire exclut de la couverture les frais d'acquisition et de location d'appareils médicaux, d'articles orthopédiques et de prothèses. Ainsi, la prise en charge de la facture litigieuse ne peut, a priori, se justifier du point de vue des assurances complémentaires. Il convient toutefois d'examiner les produits dont bénéficiait l'assurée, afin de s'assurer qu'aucun de ceux-ci ne prévoit une prise en charge particulière. La lecture des conditions spéciales des produits [...], [...] et [...] permet de conclure que ces produits ne prévoient aucune dérogation à la règle générale précitée. Dès lors, aucune prise en charge de la prestation litigieuse ne peut intervenir au titre de ces couvertures. En revanche, le produit [...] prévoit qu'en dérogation à l'art. 4.1.12 des CGA sont notamment pris en charge les moyens auxiliaires, dans les limites de l'art. 8.2 des conditions spéciales. Selon cette disposition, C._____ Assurances SA prend en charge, jusqu'à concurrence d'une facturation brute de 500 fr. par année civile, 80 % des frais d'acquisition ou de location d'appareils médicaux et d'articles orthopédiques prescrits par le médecin traitant. Aucune prise en charge des accessoires orthopédiques n'est cependant prévue. Sur la base de cette disposition, la défenderesse a remboursé au demandeur un montant de 568 fr. 40, calculé comme suit: - Du 14 septembre au 31 décembre 2005: (109 jours de location x 2.5 fr.) + 28 fr. (taxe de base) = 300 fr. 50, dont le 80 % est pris en charge. - Du 1^{er} janvier au 14 juin 2006: 164 jours x 2.5 fr. = 410 fr., dont le 80 % est pris en charge. Au vu de ce qui précède, la défenderesse a indemnisé, conformément aux conditions contractuelles, les frais faisant l'objet de la facture d'orthopédie et aucun montant supplémentaire ne doit être assumé par celle-ci en rapport avec cette prétention.

4. a) Le demandeur fait valoir que les frais d'hospitalisation à la Clinique V._____, du 9 novembre 2005 au 31 janvier 2006, doivent être pris en charge par la défenderesse, au titre du produit d'assurance-maladie complémentaire [...]. Plus précisément, il conclut à ce que la défenderesse soit condamnée à payer un montant de 45'532 fr.15. Il n'est pas contesté en l'espèce que les conditions générales et spéciales d'assurance font partie intégrante du contrat d'assurance et les co-contractants sont liés par les dispositions qu'elles contiennent. Selon l'art. 33 LCA, 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 de manière précise et non équivoque. En l'espèce, l'art. 4 des CGA prévoit une délimitation de la couverture d'assurance. Plus précisément, en vertu de l'art. 4.1.9, sont exclus de l'assurance, notamment, "les cures d'air, de repos, d'ingestion d'eau et de thalassothérapie, 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". Il s'ensuit que la couverture d'assurance dont bénéficiait Mme B.S._____ exclut, conformément à l'art. 33 LCA, expressément la prise en charge des séjours de réadaptation et de réhabilitation. Reste donc à définir la notion de mesures de réadaptation et, partant déterminer si le séjour de l'assurée défunte à la Clinique V._____ du 9 novembre 2005 au 31 janvier 2006 répond à cette notion. Selon la doctrine, la réadaptation se caractérise par le fait que le traitement de l'affection est en lui-même terminé et que des formes de thérapie sont mises en place pour les suites du traitement. En d'autres termes, les mesures de réadaptation ont pour but d'améliorer la capacité physique, afin de rétablir une certaine autonomie des intéressés (Longchamp, Conditions et étendue du droit aux prestations de l'assurance-maladie sociale, Berne, 2004, pp. 247 à 253). La réadaptation a selon le Tribunal fédéral (ATF 126 V 323) pour but, à

l'aide de moyens médicaux, de rétablir des fonctions perdues ou d'améliorer des fonctions diminuées. Dans ce type de séjour, les examens sont plus espacés, les traitements différents et moins coûteux et le personnel moins nombreux que dans une division de soins aigus. Dans le cadre de pathologies non guérissables, les mesures prises afin de maintenir le plus longtemps possible l'assuré dans une situation d'autonomie répondent également à la notion de réadaptation, quand bien même elles ne font pas suite à un traitement de base, dans la mesure où les soins dispensés sont identiques à ceux qui ont lieu en cas de réelle réhabilitation. A défaut, lesdites mesures seront constitutives de soins palliatifs, soit de traitements médicaux, de soins physiques et de soutien psychologique, destinés aux malades souffrant d'une affection évolutive non guérissable, dont le but est de soulager la souffrance, les symptômes et d'assurer le confort et la qualité de vie du malade et de ses proches (www.arcosvd.ch). Dans les deux cas, ces types de soins spécifiques, qui se différencient des soins aigus par des contrôles plus espacés et des traitements moins médicalisés (Longchamp, op. cit., p. 393), sont exclus de la couverture complémentaire [...] (art. 4.1.9 CGA). b) Dans le cas particulier, l'assurée a présenté, dès le mois de mars 2005, les symptômes d'une sclérose latérale amyotrophique, soit plus particulièrement une paraparésie sans troubles sensitivo-moteurs ni sphinctériens associés. Une telle pathologie engendre une dépendance dans les actes quotidiens, en particulier en raison du fait que les membres inférieurs deviennent progressivement paralysés. Cette dépendance a vraisemblablement amené la patiente à être hospitalisée. Toutefois, cet état de fait ne permet pas encore de conclure à la présence d'une hospitalisation en soins aigus. Enfin, s'agissant du traitement médical dont se prévaut le demandeur durant le séjour litigieux à la Clinique V. _____, il n'est étayé d'aucune pièce médicale précise, mais en plus, si l'on se réfère aux documents du dossier, le traitement consistait en une médication orale ainsi qu'en de la physiothérapie, soins pouvant être dispensés dans le cadre d'un séjour de réadaptation. En effet, si l'on se réfère à la facture établie le 30 novembre 2007 par la Clinique V. _____, il apparaît qu'aucun acte médical n'a été dispensé durant le séjour. Au contraire, la facture ne détaille que des actes caractéristiques d'un séjour de réadaptation, en particulier de la physiothérapie. Pour le surplus, la facture mentionne quelques médicaments, principalement destinés à calmer les douleurs de l'assurée (anti-douleurs, somnifères, médicaments contre l'angoisse, crèmes cicatrisantes et désinfectantes, etc...). En revanche, le décompte est dépourvu de tout poste inhérent à un traitement de type aigu. Dans ce contexte, on relèvera encore qu'aucune visite d'un médecin n'a été facturée, ni dans le même décompte, ni séparément. Au vu de ce qui précède, force est donc de constater que le séjour n'a nullement été l'occasion de procéder à de multiples contrôles médicaux ou à d'autres mesures purement techniques, mais qu'il a au contraire uniquement servi à maintenir l'assurée dans un état d'autonomie relatif, répondant ainsi à la définition des soins de réadaptation, voire des soins palliatifs. Le médecin traitant de l'assurée (le Dr P. _____), dans ses deux rapports médicaux des 10 janvier 2006 et 7 août 2007, ne dit pas autre chose. En effet, il ressort de son courrier du 7 août 2007 que l'assurée, au cours de son séjour à la Clinique V. _____, n'a bénéficié que d'une physiothérapie intensive et de l'administration de quelques médicaments. D'autre part, une certaine amélioration de l'état de la patiente pouvait être espérée à la suite de ces traitements de physiothérapie et justifier son transfert en établissement de réadaptation. Dans ce contexte, on relèvera encore que l'assurée ne souffrait ni de déficit respiratoire, ni de troubles de la déglutition, si bien qu'aucune surveillance particulière ne devait être assumée de ce point de vue. Ainsi, force est de constater que l'assurée ne nécessitait pas de

soins aigus tels que définis par la doctrine (dispensés à des malades alités, dont l'état de santé est souvent grave et qui ont besoin d'une surveillance continue au moyen d'un personnel nombreux et qualifié et d'appareillages perfectionnés, cf. Longchamp, op. cit., p. 393), mais bien plutôt des mesures de réadaptation, soit des mesures douces visant à préserver le plus longtemps possible une certaine autonomie, ce qui est d'ailleurs explicitement admis par son médecin traitant. Des placements en instituts de réadaptation ont été envisagés lors de l'hospitalisation. En particulier, la défenderesse a reçu le 28 novembre 2005, une demande de garantie de la part de l'Hôpital de D._____ qui mentionnait comme fondement l'annexe 1, chiffre 11 OPAS (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins du 29 septembre 1995, RS 832.112.31). Or, cette disposition traite précisément de la réadaptation en milieu hospitalier. Qu'un tel transfert n'ait finalement pas eu lieu ne permet pas de mettre à charge de la défenderesse des frais supplémentaires engendrés par le maintien de l'assurée dans une institution non adaptée. Dans son écriture, le demandeur fait encore valoir que l'hospitalisation a eu lieu en accord avec les assureurs. Cette affirmation est contestée par la défenderesse. En effet, si celle-ci a, dans un premier temps, délivré une garantie de prise en charge à la Clinique V._____, il n'en demeure pas moins qu'elle y avait précisé qu'elle était limitée à la phase de soins aigus uniquement. Compte tenu de cette indication et des traitements qui étaient programmés, la clinique précitée aurait dû se rendre compte de la problématique et, à tout le moins, se renseigner auprès de la défenderesse pour obtenir une garantie particulière, compte tenu des renseignements médicaux. Elle aurait également dû informer la patiente et son mari des conséquences d'une prise en charge de ses traitements dans le cadre d'une hospitalisation dans un établissement privé (cf. la jurisprudence du Tribunal fédéral selon laquelle le devoir d'information des médecins porte non seulement sur les aspects médicaux, mais également sur les questions financières, dont celles qui touchent à la couverture d'assurance: TF 1P.71/2007 du 12 juillet 2007, consid. 3.1). Quant à la détérioration de la santé de B.S._____, à la lecture des pièces médicales, dite dégradation est survenue en mai 2006, soit peu avant son transfert au [...], et non préalablement, comme tente de l'invoquer le demandeur. Or, le fait que l'assurée ait dû, ultérieurement à sa sortie de la Clinique V._____, intégrer une unité de soins aigus ne préjuge en rien de la qualification d'un séjour précédent. En effet, s'agissant d'une maladie progressive, il est tout à fait possible que la détérioration de l'état de santé de l'assurée, en particulier du point de vue respiratoire, ait nécessité une hospitalisation en soins aigus après avoir passé par une phase de réadaptation. Au vu de ce qui précède, force est de constater que le séjour de l'assurée à la Clinique V._____ était constitutif d'un séjour de réadaptation. 5. Il s'ensuit que, mal fondées, les conclusions prises par le demandeur doivent être rejetées dans leur entier. Il n'est pas perçu de frais de justice, la procédure étant gratuite pour les parties (cf. ancien art. 85 al. 3 LSA en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 et abrogé lors de l'entrée en vigueur du CPC au 1^{er} janvier 2011). En l'espèce, la défenderesse, bien qu'obtenant gain de cause n'a pas droit à des dépens, faute pour elle d'avoir consulté 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 Cour des assurances sociales prononce : I. La demande est rejetée. II. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens. La présidente : Le greffier : Du Le jugement qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Laurent Damond (pour A.S._____), ■ C._____ Caisse-maladie, par l'envoi de photocopies. Un appel au sens des art. 308 ss CPC (Code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272) 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 de l'appel doit être joint. Le greffier :

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