

Tribunal cantonal du canton de Vaud, 30 août 2000,
R. c. Chrétienne-Sociale Suisse Assurance, Lucerne

Faits: En 1998, H. R., né en 1935, était assuré auprès de la caisse dans les branches suivantes:

- assurance obligatoire des soins,
- assurance standard CSS,
- assurance pour cas d'urgence,
- assurance de cure et de soins,
- assurance pour décès ou invalidité par accident.

En date du 17 décembre 1997, le Dr P., médecin traitant de l'assuré, a prescrit à celui-ci une cure balnéaire de trois semaines à la Rheumaklinik de L.-les-B.

Le 5 janvier 1998, la caisse, se référant à la prescription du Dr P., a informé l'assuré qu'elle lui accorderait les prestations suivantes:

- conformément à l'assurance obligatoire des soins, 10 fr. par jour, au maximum pendant 21 jours par année civile; l'indemnisation des frais de soins effectifs (notamment physiothérapie, médecin...) comme traitements ambulatoires, sous déduction de la franchise éventuelle et de la quote-part de 10 %; s'agissant de l'assurance de cure et de soins (résultant des assurances complémentaires), la caisse a rappelé les conditions d'octroi des prestations et invité l'assuré à lui faire parvenir tous les justificatifs des soins reçus et des frais.

Le 29 janvier 1998, la Rheumaklinik a adressé à la caisse une demande de garantie relative aux frais d'hospitalisation de l'assuré. Celui-ci a séjourné dans cet établissement du 28 janvier au 18 février 1998.

La caisse a, par lettre du 18 février 1998, émis toutes réserves s'agissant de la prise en charge du cas.

Interpellé par la caisse au sujet de la nécessité de l'hospitalisation de l'assuré, le Dr P. a relevé les éléments suivants en date du 25 mai 1998:

H. R. est connu depuis de nombreuses années pour des cervico-brachialgies persistantes avec dysbalance sur troubles dégénératifs (ostéochondrose C6-C7, spondylarthrose, uncarthrose), pour des scapulalgies (il consulte depuis 1995 un rhumatologue), pour un syndrome lombovertébral chronique, avec également troubles dégénératifs (status après fracture non datée de L1) et qui développe depuis quelques années une arthrose au niveau des interphalangiennes proximales des deux mains; ces affections ont valu à l'assuré un arrêt de son activité professionnelle et, depuis lors, il présente un état dépressif réactionnel; toutes ces pathologies ont motivé un séjour à L.-les-B. dans le cadre de mesures de réhabilitation.

Le 2 juillet 1998, la caisse a informé l'assuré que son médecin-conseil considérait qu'une cure stationnaire n'avait pas été médicalement justifiée pour son cas et qu'en conséquence la facture de la Rheumaklinik serait remboursée selon la garantie du 5 janvier 1998.

L'assuré ayant fait opposition, en date du 6 août 1998, la caisse a maintenu sa prise de position dans une décision sur opposition, rendue le 13 août 1998.

H. R. a saisi le Tribunal des assurances, par acte du 17 septembre 1998, concluant à l'annulation de la décision sur opposition, au motif qu'étant chômeur en fin de droits, il ne se serait jamais rendu à la Rheumaklinik, s'il n'avait pas été certain de la prise en charge des frais par la caisse.

Dans sa réponse du 26 octobre 1998, la caisse a conclu au rejet des conclusions de l'intéressé, tant sur le plan de l'assurance obligatoire des soins que sur celui de l'assurance complémentaire.

Par réplique du 26 novembre 1998, l'assuré a confirmé ses conclusions et a produit un certificat du Dr P., du 23 novembre 1998, dans lequel ce praticien relève qu'il a adressé l'assuré en cure stationnaire, dans l'optique d'une prise en charge pluridisciplinaire et d'une évaluation globale de son état de santé; qu'outre les problèmes locomoteurs et rhumatologiques, il y avait un état dépressif réactionnel qui justifiait la prise en charge multidisciplinaire.

La caisse a dupliqué en date du 11 décembre 1998, en maintenant ses conclusions.

Motifs: La saisine par l'assuré, du Tribunal des assurances, visait, d'une part, par le biais du recours, à contester la décision sur opposition du 13 août 1998 relative aux prestations de l'assurance obligatoire des soins et, d'autre part, par le biais de l'action, à solliciter des prestations découlant de l'assurance complémentaire.

L'un comme l'autre sont recevables en la forme.

Seule est litigieuse la question de savoir si, pour le séjour à la Rheumaklinik, la caisse doit allouer des prestations selon les règles applicables aux soins ambulatoires ou si celle-ci doit prendre en charge l'hospitalisation en tant que telle.

Assurance obligatoire des soins

a) Selon l'article 24 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts de prestations définies aux articles 25 à 31 en tenant compte des conditions des articles 32 à 34.

Aux termes de l'article 25 alinéa 2, ces prestations comprennent:

a. les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire au domicile du patient, en milieu hospitalier ou semi-hospitalier ou dans un établissement médico-social par:

1. des médecins,
2. des chiropraticiens,
3. des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical;

b. les analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par un médecin, ou dans les limites fixées par le Conseil fédéral, par un chiropraticien;

c. une participation aux frais de cures balnéaires prescrites par un médecin;

d. les mesures de réadaptation effectuées ou prescrites par un médecin;

e. le séjour en division commune d'un hôpital;

f. le séjour dans une institution prodiguant des soins semi-hospitaliers;

g. une contribution aux frais de transport médicalement nécessaires ainsi qu'aux frais de sauvetage.

b) Selon la jurisprudence, la notion de besoin d'hospitalisation pour le traitement de maladies aiguës est en principe la même sous l'empire de la LAMal que sous celui de la LAMA. Il s'ensuit que la jurisprudence rendue à ce sujet sous l'empire de la LAMA vaut également pour l'examen des droits découlant de la LAMal (RAMA 1998 No KV 34 p. 289).

Pour que le droit aux prestations en cas d'hospitalisation soit donné, il faut qu'un séjour à l'hôpital soit nécessaire pour y subir un traitement ou parce que l'état du patient nécessite un tel séjour. A cet égard, l'intensité des traitements médicaux qu'exige la maladie n'est pas l'unique critère pour décider si l'état de l'assuré justifie une hospitalisation, 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. Le droit aux prestations d'hospitalisation ne sera pas donné si une hospitalisation a lieu uniquement pour des motifs sociaux, c'est-à-dire si l'assuré n'est pas malade au sens de la loi, ou - si l'ensemble du traitement médical et des autres soins nécessités par sa maladie ne justifie pas un séjour à l'hôpital (ATF 118 V 107 et références; 115 V 47 cons. 3; RAMA 1994 No K 929 p. 18).

c) En l'espèce, selon le manuel des médecins-conseils, produit au dossier par la caisse, la nécessité d'une hospitalisation pour cure balnéaire s'établit selon les critères suivants:

Incapacité de se rendre dans un lieu de cure depuis son hôtel; besoin de soins infirmiers quotidiens; surveillance d'une pathologie grave annexe, ne nécessitant pas une cure; prise en charge multidisciplinaire; évaluation globale du patient.

Si l'on se réfère aux factures figurant au dossier, il ne semble pas qu'il y ait eu prise en charge multidisciplinaire; les divers traitements appliqués tournent tous autour de la sphère ostéo-articulaire; il n'apparaît pas que l'état du patient ait exigé des soins infirmiers quotidiens ni la surveillance d'une pathologie grave.

Par conséquent, l'état de santé de l'assuré n'imposait pas un séjour hospitalier et, de ce fait, la caisse n'était pas tenue d'allouer des prestations autres que celles définies dans sa lettre du 5 janvier 1998.

d) Il s'ensuit que le recours est rejeté.

Assurance complémentaire

a) Les conditions générales d'assurance (ci-après: CGA) aux assurances complémentaires à la LAMal prévoient ce qui suit au sujet de l'assurance de cure et de soins

29. "Étendue des prestations

29.1 Nous payons les cures de bains et de repos stationnaires prescrites par un médecin ainsi que des prestations pour soins à domicile et aide de ménage, jusqu'à concurrence des contributions journalières et du montant total indiqué sur la police. Pour les cures de bains et de repos, ces montants couvrent tous les frais, y compris les frais de traitement médical, du personnel paramédical et de médicaments.

30. Conditions d'obtention des prestations

30.1. Nous payons en cas de:

a. cures de bains si l'assuré a suivi préalablement un traitement intensif en cas de maladie de l'appareil locomoteur et de soutien, si la cure s'effectue dans un établissement

de cure dirigé par un médecin, situé en Suisse et qu'elle dure au moins deux semaines, qu'elle comporte des mesures balnéologiques et physiatriques et qu'elle est surveillée par le médecin de l'établissement de cure."

b) En l'espèce, l'assuré bénéficie d'une couverture de 80 fr. par jour au titre de l'assurance de cure et de soins. Le séjour qu'il a effectué, du 28 janvier 1998 au 18 février 1998, à la Rheumaklinik répond aux conditions posées par la disposition 30.1, lettre a CGA concernant l'assurance de cure et de soins.

La caisse a alloué à ce titre, dix indemnités de 80 fr., soit un montant total de 800 francs. Ce montant est exact, compte tenu de la police d'assurance de l'intéressé qui prévoit une somme maximale de 800 fr. par année civile. Il y a donc lieu d'allouer l'indemnité assurée pour une durée de 10 jours d'hospitalisation.

Au demeurant, on relèvera que la caisse n'a jamais déclaré de façon claire qu'elle accorderait l'intégralité de ses prestations pour la cure à la Rheumaklinik de L.-les-B.

Il s'ensuit que la demande doit être rejetée.

Par ces motifs, le recours, respectivement la demande, doivent être rejetés, ce qui entraîne le maintien de la décision entreprise.

Par ces motifs,
le Tribunal des assurances
p r o n o n c e :

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision attaquée est maintenue.
- III. La demande est rejetée.

Le présent jugement, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est communiqué, par envoi sous pli recommandé, aux parties et à l'Office fédéral des assurances sociales, avec avis qu'il leur est loisible d'interjeter un recours de droit administratif au Tribunal fédéral des assurances, dans un délai de 30 jours (respectivement 10 jours pour les jugements incidents et les déclinatoires) à compter de la date à laquelle ce jugement leur aura été notifié. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral des assurances, Adligenswilerstrasse 24, 6000 Lucerne. Ce mémoire doit: a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs le recourant estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter la signature du recourant ou de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a), b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours, qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints au mémoire s'il s'agit de pièces en possession du recourant. Seront également joints au mémoire le jugement attaqué et l'enveloppe dans laquelle ce jugement a été expédié au recourant. (art. 132, 106 et 108 OJF).

Le présent jugement, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est communiqué aux parties par envoi sous pli recommandé avec accusé de réception.

Si, d'après leurs conclusions, les droits contestés en première instance n'atteignent pas une valeur de 8'000 fr., les parties peuvent recourir au Tribunal cantonal dans un délai de dix jours dès la notification du présent jugement, en déposant, au greffe du Tribunal cantonal des assurances, Route du Signal 8, 1014 Lausanne, un acte de recours en deux exemplaires désignant le jugement attaqué et contenant leurs conclusions en réforme, éventuellement en nullité ou, à défaut, en indiquant sur quels points le jugement est attaqué et quelle est la modification demandée.

Si, d'après leurs conclusions, les droits contestés en instance cantonale atteignent une valeur d'au moins 8'000 fr., il est loisible aux parties d'interjeter un recours en réforme au Tribunal fédéral, dans un délai de 30 jours dès la réception de la communication écrite de la décision. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au greffe du Tribunal cantonal des assurances, Route du Signal 8, 1014 Lausanne.

Outre la désignation de la décision attaquée et de la partie intimée, l'acte de recours doit contenir:

a. Dans les contestations de nature pécuniaire lorsque le montant de la réclamation n'est pas déterminé, la mention que la valeur exigée est atteinte, ainsi que, éventuellement, les motifs pour lesquels le recourant conteste une constatation contraire de la juridiction inférieure;

b. L'indication exacte des points attaqués de la décision et des modifications demandées. Le simple renvoi aux conclusions formulées dans la procédure cantonale ne suffit pas. Il ne peut être présenté de conclusions nouvelles;

c. Les motifs à l'appui des conclusions. Ils doivent indiquer succinctement quelles sont les règles de droit fédéral violées par la décision attaquée et en quoi consiste cette violation. Il ne peut être présenté de griefs contre les constatations de fait, ni de faits, exceptions, dénégations et preuves nouveaux, ni d'observations sur la violation du droit cantonal;

d. Lorsque la constatation d'un fait que la juridiction cantonale doit apprécier d'après le droit fédéral est attaquée pour le motif qu'elle repose manifestement sur une inadvertance, l'indication exacte de cette constatation et la pièce du dossier qui la contredit;

e. Le cas échéant, la demande d'assistance judiciaire (art. 152 OJF).

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

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