

TRIBUNAL DES ASSURANCES

PRESIDENT DU TRIBUNAL DES ASSURANCES

Présidence de Mme THALMANN, juge
Greffier : Mme Abbet, greffière ad hoc

Jugement du 25 octobre 2005

dans la cause

X, à P, demanderesse,

contre

Y ASSURANCES S.A. (ci-après : la caisse) à Q,
défenderesse.

Art. 2.1, 2.4, 4.2 CSA

En fait:

A. X, née en 1948, est assurée auprès de Y pour diverses assurances complémentaires, dont notamment l'assurance complémentaire des soins S pour la prévention et la médecine parallèle.

Au mois de septembre 2004, l'intéressée a fait parvenir à Y une demande de remboursement pour une cure d'Ayurveda effectuée au Seehotel B de B du 30 août au 12 septembre 2004. Elle a ainsi remis deux factures du Seehotel B de B ; la première datée du 6 septembre 2004 pour un montant de 1'520 fr. et la seconde datée du 12 septembre 2004 pour un montant de 807 francs. Elle lui a également remis une facture relative à son hébergement chez l'habitant à B du 28 août au 12 septembre 2004 pour un montant de 820 francs.

Par lettre du 15 novembre 2004 adressée à son assurée, la caisse a refusé la prise en charge de ces factures, notamment au motif que la cure n'avait pas été prescrite préalablement par un médecin et que l'établissement, ainsi que le thérapeute qui a effectué le traitement ne sont pas reconnus par elle-même. La caisse a confirmé sa décision dans une nouvelle lettre datée du 3 décembre 2004, accompagnée des factures en retour.

Selon une attestation du 15 février 2005 de cet hôtel, l'assurée a été suivie tout au long de sa cure par M. M, BAMS, qui prescrivait les traitements adéquats.

Sur une attestation signée et non datée, la Dresse C mentionne comme traitement les 30 septembre, 28 octobre et 2 décembre 2004, des massages ayurvédiques pour un montant total de 450 francs.

B. Par demandes des 24 novembre 2004 et 10 mars 2005 X a conclu au remboursement de la cure Ayurveda.

Dans sa réponse du 10 janvier 2005, la défenderesse conclut au rejet de la demande, et fait valoir que la ni la condition de la nécessité médicale ni celle de la reconnaissance du fournisseur de prestations n'ont été apportées par la demanderesse. Elle ajoute que, dans l'hypothèse où la cure Ayurveda devait être qualifiée de traitement stationnaire au sens de ses conditions d'assurance, aucun médecin au sens de la LAMal n'a prescrit une telle cure et que cette dernière condition ne serait par conséquent pas remplie.

C. La jonction de cause a été ordonnée le 26 octobre 2005.

En droit :

1 Abstraction faite du régime transitoire de l'article 102 alinéa 2 LAMal, qui n'est pas en cause ici, les assurances complémentaires sont soumises, en vertu de l'article 12 alinéa 3 LAMal, au droit privé, soit à la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA).

Le Canton de Vaud a néanmoins confié au Tribunal des assurances le contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie (Décret du Grand Conseil du 20 mai 1996 [RALV 1996 p. 119 ; FAO 1996 p. 1956]), ce qui ne contredit aucune norme de droit fédéral (ATF 125 III 461, JT 2000 I 124).

S'agissant désormais d'un contentieux de droit privé, et non plus de droit administratif, la procédure applicable n'est plus celle du recours, mais celle de l'action (art. 47 LSA ; ATF 124 III 44, JT 1998 I 377, RAMA 1998, KV 35 p. 290 ; ATF 123 V 324, c. 3a, RAMA 1998, KV 22 p. 49 ; Spira, Le nouveau régime de l'assurance complémentaire, *Revue suisse d'assurances [RSA]* 1995, pp. 192 ss, [spec. ch.](#) 5, p. 198 ; du même auteur, Le contentieux de la nouvelle assurance-maladie, *Sécurité sociale* 1995, pp. 256 ss, spéc. p. 258 ; Viret, Assurance-maladie complémentaires et loi sur le contrat d'assurance, dans : *Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances*, éd. IRAL, Lausanne 1997, pp. 669 s., spéc. pp. 685-687 ; Maurer, *Das neue Krankenversicherungsrecht*, Bêlé 1996, pp. 135 ss; Ritter, *Questions*

relatives aux assurances complémentaires à la LAMal, RSA 1995, pp. 209 ss, [spéc. ch.](#) 2 et 3, pp. 211 ss).

La compétence du Tribunal des assurances pour toutes les assurances-maladie (complémentaires) relevant de la LCA a été reconnue par l'autorité cantonale de recours supérieure (Ch. rec., arrêt S c. L Assurances, du 24 juin 1998, n° 257/1998, publié in JT 1999 III 106 ss). Un recours en réforme interjeté contre cet arrêt devant le Tribunal fédéral a été déclaré irrecevable par arrêt du 7 avril 1999 de la I^{le} Cour civile.

La demande est dès lors recevable.

2. La question litigieuse est celle de savoir si la défenderesse est fondée à refuser à la demanderesse le remboursement de la cure Ayurveda suivie du 30 août au 12 septembre 2004.

3. Le contrat d'assurance est conclu par l'acceptation de la proposition d'assurance par l'assureur dans le délai légal ou le délai plus court fixé par le proposant (Viret, Droit des assurances privées, 2^e éd., Zurich 1985, p. 79).

A la différence de la couverture des soins de l'assurance-maladie sociale, les assurances-maladie complémentaires ne sont pas régies exclusivement par la loi ; elles relèvent, avec les restrictions propres au droit du contrat d'assurance régi par la LCA, du principe de la liberté contractuelle, qui implique non seulement la liberté de contracter ou de ne pas contracter, mais aussi d'aménager le contenu des rapports contractuels (Viret, Droit des assurances privées, op. cit., pp. 19 s ; Recueil de travaux, op. cit., p. 671). Dans la pratique, les conditions d'assurance forment le contenu ordinaire et typique du contrat d'assurance ; elles se subdivisent en conditions générales (art. 3 al. 1^{er} LCA) et en conditions particulières, lesquelles font partie intégrante du contrat (Viret, Recueil de travaux, op. cit., p. 673). L'assureur peut les modifier en préservant les droits de l'assuré selon l'article 35 LCA, étant en outre précisé que la LCA comporte des dispositions impératives (art. 97) et des dispositions qui ne peuvent être modifiées au détriment du preneur d'assurance ou de l'ayant droit (art. 98).

A teneur de l'article 33 LCA, sauf disposition contraire de la présente loi, l'assureur répond de tous les événements qui présentent le caractère du risque contre les conséquences duquel l'assurance a été conclue, à moins que le contrat n'exclue certains événements d'une manière précise et non équivoque.

4. a) Le présent litige doit donc être tranché selon les dispositions topiques des conditions générales de la caisse pour les assurances maladie complémentaires (CGA) et des conditions supplémentaires d'assurance régissant l'assurance complémentaire des soins S pour la prévention et la médecine parallèle (CSA).

b) Sous la rubrique "introduction", les CGA prévoient que celles-ci sont applicables aux assurances maladie complémentaires et que les détails concernant les prestations des différents produits d'assurance, de même que les dispositions dérogeant aux CGA sont contenus dans les CSA.

Les assurances complémentaires à l'assurance obligatoire des soins couvrent dans le cadre des dispositions ci-après et conformément aux CSA les conséquences économiques de la maladie, de la maternité et de l'accident, aussi longtemps que dure l'assurance (ch. 1).

Le chiffre 2.1 des CSA prescrit que « s'il y a une nécessité médicale, Y rembourse 75 % des frais facturés pour les traitements ambulatoires dispensés selon les méthodes thérapeutiques de la médecine parallèle, pour autant que le traitement soit entrepris par un médecin, un praticien naturaliste reconnu par Y ou une personne reconnue par Y pour la pratique d'une profession auxiliaire en médecine parallèle. Cette liste est constamment mise à jour et peut être consultée auprès de Y ou, sur requête, remise sous forme d'extraits. »

Selon le chiffre 2.4 des CSA, « Y rembourse les coûts facturés, cependant au plus CHF 5'000.- par année civile, pour les traitements hospitaliers ordonnés par des médecins qui se déroulent selon les méthodes

thérapeutiques de la médecine parallèle dans des établissements thérapeutiques ou de cure reconnus par Y. »

S'agissant de la promotion de la santé, l'article 4.2 des CSA prévoit qu' « *afin de garantir la qualité, les prestations ne sont servies que pour des fournisseurs de prestations reconnus par Y. Y tient une liste des mesures et cours ainsi que des fournisseurs de prestations reconnus. Cette liste est constamment mise à jour et peut être consultée auprès de Y ou, sur requête, remise sous forme d'extraits. »*

Ainsi, un traitement de médecine parallèle, tel qu'une cure Ayurveda est pris en charge par Y moyennant que les conditions cumulatives suivantes soient remplies:

- nécessité médicale
- reconnaissance par la caisse du praticien ou de l'établissement de cure
- prescription médicale préalable (pour les traitements hospitaliers).

5. En l'espèce, le Seehôtel B de B ne figure pas dans la liste établie par Y relative aux fournisseurs de prestations reconnus dans le canton de Berne pour la pratique de la méthode ayurvédique. Il en va de même du thérapeute qui s'est occupé de la demanderesse durant sa cure. La condition ainsi posée par Y au remboursement de telles prestations n'apparaît ainsi pas remplie.

Certes la Dresse C effectue elle-même de tels massages, mais il ne résulte pas du dossier qu'elle ait prescrit le traitement suivi à B.

Les conditions posées par les CSA n'étant ainsi pas réunies, c'est à juste titre que l'intimée a refusé la prise en charge du traitement en cause. Les demandes doivent ainsi être rejetées.

**Par ces motifs,
la Présidente du Tribunal des assurances
prononce :**

- I Les demandes sont rejetées.

- I Toutes autres et plus amples conclusions sont rejetées.

La présidente :



La greffière :



Du **24 FEV, 2006**

•

Le présent jugement, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est communiqué aux parties par lettre signature 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).

La greffière :

