

**TRIBUNAL DES ASSURANCES**

---

---

Présidence de M. D I N D, juge

Membres : M.Baud, et Mme Thalmann, juges

Greffier Mme Rouiller, greffière-substitut

**Jugement du 16 avril 2007**

dans la cause

X, représentée par la Z  
protection juridique SA (ci-après : la Z), demanderesse,

contre

Y, (ci-après : Y ou la caisse),  
défenderesse.

---

**Art. 12 al. 2 et 3 LAMal; 33 LCA**

**En fait:**

**A. X**, née le 8 octobre 1947, est affiliée auprès de Y depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1997 (police no XXX; pièce no 1 de l'assurée) au titre de l'assurance-complémentaire régie par la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA). Sa couverture d'assurance comprend les classes suivantes :

C (ci-après : "c"), prévue notamment pour la prise en charge, à certaines conditions et en complément à l'assurance obligatoire des soins, des traitements à l'étranger, de la médecine complémentaire, des lunettes, des moyens auxiliaires et des cures;

CP, qui élargit le modèle de base "c" et prévoit la prise en charge des check up médicaux, des vaccinations et de diverses mesures de prévention;

H (ci-après : "h"), dont le modèle tarifaire est fixé selon l'âge de conclusion. Cette classe couvre les coûts en division privée dans les établissements hospitaliers de Suisse avec des tarifs reconnus, ainsi que les transports et les soins à domicile. Elle offre, en outre, des prestations - complémentaires à celles de "c" - pour les cures balnéaires ou de convalescence.

L'assurée est également affiliée auprès d'A, (ci-après : A) pour une couverture d'assurance obligatoire des soins régie par la loi fédérale sur l'assurance-maladie (ci-après : LAMal).

Le 22 février 2006, le Dr S, à Villeneuve, a prescrit en faveur de l'assurée une cure de bains de deux semaines à effectuer à Yverdon-les-Bains durant le mois de mars 2006, pour le traitement de l'ostéoporose et des cervico-dorso-lombalgies dont elle souffre depuis le mois d'avril 2002 (pièce no 103 de la caisse et no 2 de la demanderesse).

Le 22 février 2006, l'intéressée a demandé à A et à Y l'autorisation d'effectuer cette cure.

Y a, par un "questionnaire supplémentaire à remplir par le médecin prescripteur" du 24 février 2006, requis des renseignements médicaux complémentaires.

Par lettre du 2 mars 2006, A a répondu qu'un montant de dix francs par jour pouvait être versé au titre de participation aux frais de pension, de bains et d'abonnement, au maximum durant 21 jours par année civile, et que le traitement médical, ainsi que les applications thérapeutiques scientifiquement reconnues sur la base des tarifs en vigueur sur le lieu de traitement pouvaient également être pris en charge, sous déduction des participations aux coûts légaux. Elle a, toutefois, précisé ne pouvoir prendre aucune décision "quant à l'octroi de ses prestations légales et contractuelles" avant d'être en possession "des factures concernant les traitements médicaux, les cures, le séjour et la pension" (pièce no 4 de la demanderesse).

Répondant le 20 mars 2006 à la demande de renseignements complémentaires de Y du 24 février précédent, le Dr S a précisé que la cure de bains avait un but curatif lié au traitement en cours et qu'elle était un "excellent complément" à celui-ci dans la mesure où elle servait à améliorer l'état de l'ostéoporose et des cervico-dorso-lombalgies constatées. Il a ajouté que la patiente n'avait pas suivi de physiothérapie au cours de ces deux dernières années, ni de cures balnéaires, et qu'elle n'était pas empêchée dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie (pièce no 5 de la demanderesse).

Le 30 mars 2006, le Dr L, médecin-conseil de Y, a étudié la prescription de cure thermale datée du 22 février 2006 établie par le Dr S, ainsi que les réponses fournies par ce même praticien au questionnaire complémentaire du 24 février 2006. Sur ces éléments, il a préavisé négativement à la prise en charge de la cure de bain prévue. Il a fait de même le 17 août 2006 (pièce no 109 de la caisse).

Se fondant sur les avis de son médecin-conseil des 30 mars et 17 août 2006, la caisse a fait savoir à son assurée que les renseignements médicaux contenus dans son dossier ne lui permettaient pas de donner un préavis favorable à la prise en charge de la cure balnéaire prescrite (cf. courriers des 31 mars et 21 août 2006).

**B.** Par requête du 25 octobre 2006, l'assurée, représentée par la Z, demande à l'autorité de céans de constater son "droit à la cure" litigieuse. A l'appui de cette demande, elle invoque les conditions d'assurance, ainsi que la position -. favorable à ses yeux - d'A, et les indications figurant dans la police, selon lesquelles Y "offre des contributions généreuses pour les cures balnéaires ou de convalescence" (cf. p. 5).

Dans son mémoire de réponse du 16 novembre 2006, la caisse, toujours fondée sur les avis de son médecin-conseil, conclut au rejet des conclusions de la demande. Elle considère que cette cure de bains n'est pas médicalement nécessaire (cf. p. 4) dès lors que, selon les pièces médicales en sa possession, l'assurée n'a pas suivi de traitement de physiothérapie au cours de ces deux dernières années et qu'elle n'est pas entravée dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie. Elle ajoute qu'offrir des contributions généreuses pour les cures balnéaires ne doit pas l'amener "à financer des vacances" et que son devoir de prester n'est défini que par le contrat d'assurance qui la lie à l'intéressée, sans égard à la position - plus favorable, selon l'assurée - d'une tierce caisse (A).

Par réplique datée du 18 décembre 2006, l'assurée maintient ses conclusions. Elle estime que le médecin-conseil de Y n'a pas appréhendé son dossier dans son intégralité, car il n'a pas pris en compte les dernières ordonnances de physiothérapie des 25 avril et 21 juin 2006, prescrivant respectivement neuf et douze séances, suivies par elle, et prises en charge par la caisse. Elle a produit, à l'appui de sa réplique, une liasse de prescriptions de physiothérapie pour la période d'août 1993 à juin 2006, établies par les Drs T, à Clarens, G, à Montreux, P à Montreux, B à Vevey, ainsi que C, à Vevey.

Le 22 janvier 2007, le Dr L, médecin-conseil de la défenderesse, a, dans un avis complémentaire à celui déjà établi le 17 août 2006, précisé ce qui suit :

"(...) 1. Le médecin traitant, le Docteur B, m'informe en date du 9 janvier 2007 qu'il suivait la patiente, d'une part pour un problème ostéo articulaire au niveau de la nuque, mais aussi pour un problème socioprofessionnel. Il indique que le projet thérapeutique ne portait pas seulement sur la résolution du problème ostéo articulaire mais également sur la recherche d'un nouvel équilibre après l'arrêt de toute activité professionnelle. Il indiquait que "la situation s'étant progressivement globalement améliorée, une cure balnéaire n'a pas conséquent pas été envisagée." 2. Le Docteur C avait investigué en 2003 la patiente et m'a adressé le rapport du consilium, dans lequel il n'est pas fait état de trouble ostéo articulaire. Il avait estimé que l'examen neurologique était normal. Il a mis les symptômes sur le compte de céphalées "mixtes vasculaires et tensionnelles", dont l'évolution d'emblée chronique suggère l'influence d'un facteur psychique (état dépressif ou angoisses). A l'époque, une cure balnéaire pour ce problème n'avait pas été envisagée. 3. A la lecture de tous les bons de physiothérapie qui ont été prescrits depuis 1992, je confirme le 2ème point de mon précédent mémo, à savoir que le médecin traitant n'a pas prescrit de physiothérapie ambulatoire au cours de ces 2 dernières années, sous réserve d'une date d'un bon mal lisible (20 avril 2003 ou 20 avril 2005 ?). Si c'était 2005, il faudrait moduler mon appréciation en disant que 9 séances de physiothérapie ont été réalisées en l'espace de 2 ans, ce qui reste peu et qui permet encore d'affirmer que les mesures ambulatoires n'ont pas toutes été épuisées (...)"

Dupliquant le 24 janvier 2007, la défenderesse fait valoir qu'elle n'a jamais remboursé de séances de physiothérapie à la demanderesse. Elle produit la détermination complémentaire de son médecin-conseil établie le 22 janvier 2007. Sur cette base, elle maintient que le médecin traitant de l'assurée n'a pas prescrit de physiothérapie durant ces deux dernières années, sous réserve "d'un bon mal lisible (du 20 avril 2003 ou 20 avril 2005 ?)", et constate que même si de tels soins avaient été prescrits en 2005, seules neuf séances auraient été réalisées en l'espace de deux ans, "ce qui reste peu et permet toujours d'affirmer que les mesures ambulatoires n'ont pas toutes été épuisées" (cf. p.2). Au demeurant, elle conteste les diagnostics d'ostéoporose et de troubles ostéo-articulaires posés par le médecin traitant, en considérant qu'il existe "des co-morbidités psychiatriques pour lesquelles une cure de bain n'est pas indiquée". Enfin et pour le surplus, elle renvoie l'autorité de céans à sa réponse du 6 novembre 2006 (recte : 16 novembre 2006), dont elle confirme les termes et les conclusions.

En droit:

1. Y a conclu avec la demanderesse, X, un contrat d'assurance complémentaire au sens de l'article 12 alinéas 2 et 3 LAMal.

En vertu de l'article 12 alinéa 3 LAMal, les assurances complémentaires sont soumises au droit privé, soit à la loi fédérale sur le contrat d'assurance (ci-après : LCA; RS 221.229.1).

Le canton de Vaud a confié au Tribunal des assurances le contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie (Décret du Grand Conseil du 20 mai 1996 [RSV 173.431]), ce que ne contredit aucune norme de droit fédéral (ATF 125 III 461, JT 2000 1124). La compétence du Tribunal des assurances pour toutes les assurances-maladie (complémentaires) relevant de la LCA a d'ailleurs été reconnue par l'autorité cantonale de recours supérieure (Ch. rec., arrêt S. P. du 24 juin 1998, n°257/1998, in : JT 1999 III 106, consid. 4 et 5). Un recours en réforme interjeté contre cet arrêt devant le Tribunal fédéral a été déclaré irrecevable par arrêt du 7 avril 1999 de la II<sup>e</sup> Cour civile.

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 de la loi fédérale du 23 juin 1978 sur la surveillance des assurances, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2005, dont la teneur a été reprise par l'article 85 de la nouvelle loi fédérale du 17 décembre 2004 sur la surveillance des assurances [ci-après LSA; RS 961.01], en vigueur dès le 1er janvier 2006; ATF 124 III 44, JT 1998 I 377; RAMA 1998, n° KV 35, p. 290; ATF 123 V 324, consid. 3a, RAMA 1998, n° KV 22, p. 49; Spira, Le nouveau régime de l'assurance complémentaire, in : Revue suisse d'assurances [RSA] 1995, pp. 192 ss, spec. ch. 5; du même auteur, Le contentieux de la nouvelle assurance-maladie, Sécurité sociale 1995, pp. 256 ss, spéc. p. 258; Viret, Assurances-maladie complémentaires et loi sur le contrat d'assurance, in : Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances,

éd. IRAL, Lausanne 1997, pp. 669 ss, spéc. pp. 685-687; Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, Bâle 1996, pp. 135 ss; Ritter, Questions relatives aux assurances complémentaires à la LAMal, RSA 1995, pp. 209 ss, spéc. ch. 2 et 3).

La demande déposée par X est dès lors recevable à la forme.

2. a) Selon 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 de manière précise, non équivoque.

A la différence de la couverture des soins 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 des assurances 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, 2ème éd., Zurich 1985, pp. 19 ss).

b) 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<sup>er</sup> LCA) et en conditions particulières, lesquelles font partie intégrante du contrat (Viret, Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, éd. IRAL, Lausanne 1997, pp. 669 ss, spéc. 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).

c) Les dispositions contractuelles doivent être interprétées comme un assuré de bonne foi peut et doit les comprendre en faisant preuve de l'attention qu'on est en droit d'attendre de lui. Ce dernier ne saurait donc subir de préjudice en raison du manque de clarté d'une clause rédigée par un

assureur; ces principes généraux sont déduits de la règle dite de l'inhabituel, s'agissant notamment de la règle "in dubio contra stipulatorem" (Unklarheitsregel), soit "in dubio contra assuretorem" (cf. ATF 118 II 342, c. la; 122 III 118; voir aussi ATF 116 II 89; 119 II 443; 121 III 414; 124 III 155, c. lb p. 158).

3. En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si la caisse devait autoriser la cure balnéaire, prévue pour deux semaines en mars 2006 à Yverdon-les-Bains, prescrite par le Dr S, et, le cas échéant, payer à X, les frais y afférents (soit 14 jours à 110 francs; 30 fr. par "c" , plus 80 fr. par "h").

Cette question doit être tranchée à l'aune des conditions d'assurance applicables *ratione temporis*, soit celles en vigueur en mars 2006.

4. **a)** En mars 2006, la demanderesse était au bénéfice de deux couvertures d'assurance-maladie complémentaires, à savoir les classes "c" et "h".

b) L'article 1<sup>er</sup> des conditions d'assurance applicables à chacune des couvertures précitées (édition 2005, toujours applicable en 2006) prévoit que les prestations sont allouées en complément de l'assurance obligatoire des soins.

c) L'article 3 alinéa 1<sup>er</sup> "c" prévoit que Y ne prend en charge que les traitements adéquats, efficaces et économiques.

**d)** L'article 8 "c" dispose qu'en cas de cure thermale médicalement nécessaire ordonnée par un médecin, autorisée au préalable par Y et effectuée dans un établissement thermal suisse reconnu, Y verse une contribution aux frais de séjour et de traitement de 30 fr. au maximum par jour de cure pendant 30 jours au plus par année civile (ch.1er); l'ordonnance de cure doit être présentée à Y au plus tard 14 jours avant le début de la cure (ch.2).

**d)** L'article 12 alinéa 1<sup>er</sup> in initio "h" prévoit également l'autorisation préalable de Y pour les cures de bains. En outre, pour ces séjours stationnaires curatifs, "h" accorde, aux mêmes conditions que "c", mais à raison de montants variables selon la classe d'assurance souscrite, des contributions journalières. Ainsi, pour les assurés des classes 4 et 5, auxquelles appartient la demanderesse, le montant versé à ce titre est au maximum de 80 fr. par jour (cf. art. 3 et 12 hospita).

**5. a)** La condition de l'accord préalable de l'assureur prévue par les articles 8 "c" et 12 "h" précités, grevant l'octroi de la contribution journalière lors d'une cure, selon les conditions spéciales applicables à chacune des couvertures "c" et "h", est de nature absolument ou purement potestative (Engel, Traité des obligations en droit suisse, 2e éd., p. 851, cité in TASS VD C.c.S. du 14 février 2003, AMC 5/03-9/2003, consid. 4). Selon la doctrine, dans un contrat bilatéral assorti d'une condition purement potestative, une partie est liée, tandis que l'autre ne l'est qu'à certains égards. Pratiquement, une telle condition apparaît le plus souvent comme modalité de l'une des obligations du contrat. Par exemple, dans la vente à l'essai, qui dépend de la libre volonté de l'acheteur, l'agrément est une condition purement potestative qui autorise l'acheteur à refuser la chose même si elle convient parfaitement. (Piotet P., Le contrat estimatoire, Berne, 1967, p. 24-25 et n 1 et les références citées, cité in Engel, Traité des obligations en droit suisse, 2e éd., p. 851, op cit.). Ce raisonnement est applicable par analogie au contrat (bilatéral) d'assurance qui lie Y à l'intéressée.

**b)** Les conditions d'assurance citées plus haut font partie intégrante du contrat (cf. supra, consid. 2b). En vertu de celles-ci, l'assurée s'est engagée à requérir l'autorisation préalable de Y dans les quatorze jours avant le début d'un séjour stationnaire curatif (cure de bains ou cure de convalescence; a rt. 8 ch. 1 et 2 "c" et 12 ch. 3 "h"). Selon ces mêmes normes, la caisse donne son autorisation si la cure est médicalement nécessaire, ordonnée par un médecin et prévue dans un établissement thermal reconnu (art. 8 ch. 1 "c"), l'article 3 "c", qui précise que ne sont couverts que les traitements économiques, efficaces et adéquats, étant réservé.

**c)** Ainsi, les cures (de bains) sont soumises à la condition strictement potestative de l'acceptation préalable de Y. Or, cette condition n'est pas réalisée en l'espèce, Y ayant refusé d'autoriser la cure litigieuse en respectant les normes contractuelles en vigueur. L'autorité de céans ne peut donc pas, comme le requiert l'assurée dans sa demande du 25 octobre 2006, "constater le droit à la cure" et en ordonner la prise en charge par Y.

**6. a)** Ainsi, Y, aurait pu opposer à son assurée un refus de principe sans le motiver plus avant (cf. supra, consid. 5a). Elle a, toutefois, constitué un dossier médical bien documenté et s'est attachée à justifier son préavis négatif, en démontrant notamment que les critères d'économicité et de nécessité, prévus par les articles 3 et 8 "c" et 12 "h" n'étaient pas remplis.

**b)** A cet égard, la position de Y se fonde sur l'examen de la prescription du 22 février 2006 et sur les réponses complémentaires apportées par le médecin prescripteur (le Dr S) le 20 mars suivant, ainsi que sur les avis des Drs B et C pris en compte par son médecin-conseil, le Dr L, dans sa détermination complémentaire du 22 janvier 2007.

Sur cette base, elle a constaté que si l'on retenait les troubles diagnostiqués par le Dr S (ostéoporose et cervico-dorso-lombalgies), les soins ambulatoires de physiothérapie étaient, comme la cure litigieuse, utiles pour diminuer les douleurs et améliorer la fonction articulaire. Ainsi, face à deux traitements possibles ayant le même but thérapeutique, l'un ambulatoire (les traitements de physiothérapie non épuisés) et l'autre stationnaire (la cure de bain litigieuse), Y pouvait, conformément à l'article 3 "c", refuser de s'engager à couvrir le moins économique des deux.

En outre, la caisse pouvait mettre en doute les diagnostics posés par le Dr S au vu des avis concordants des Drs B et C.

Selon ces praticiens, les troubles ressentis par l'assurée paraissent davantage liés à des céphalées mixtes, vasculaires et tensionnelles, dont l'évolution, d'emblée chronique, suggère l'influence d'un facteur psychique (état dépressif ou angoisses). Or, il appert que pour de telles affections, essentiellement psychiques, la cure de bains litigieuse n'était pas médicalement nécessaire (ou

indiquée), de sorte que le refus d'accorder l'autorisation préalable pouvait également se fonder sur 8 chiffre 1<sup>er</sup> "c".

7. a) Il reste encore à examiner la portée de l'allégation de l'intéressée selon laquelle les traitements de physiothérapie prescrits ont été régulièrement suivis et même pris en charge par Y, fait contesté par la défenderesse dans sa duplique.

b) L'article 85 LSA prévoit que le juge établit d'office les faits pertinents. Toutefois, malgré la maxime d'office, l'assuré a le devoir de contribuer à l'administration des preuves aussi loin que cela peut être exigé de lui (cf. ATF 125 V 193 par analogie). En outre, s'il n'est pas possible d'établir un fait, il est statué en défaveur de celui qui entendait déduire un droit d'un état de fait non prouvé (ATF 107 V 161, cité in TASS VD du 6 août 1998, S. c. M, AMC 22/98-13/1998 et TASS VD du 26 juin 2002, T. •c. C. AMC 7/01- 13/2002, consid. 2b).

c) L'assurée a versé à la cause une liasse de prescriptions qui n'établissent pas que les traitements de physiothérapie prescrits ont été suivis. Elle ne produit aucun relevé de prestations démontrant que de tels soins ont été couverts par la caisse. Or, il ressort des actes du dossier, soit des réponses fournies le 20 mars 2006 par le Dr S, qu'aucun traitement de physiothérapie n'a été suivi au cours de ces deux dernières années. L'assurée n'est, ainsi, pas parvenue à établir qu'elle avait épuisé les traitements ambulatoires encore possibles et à démontrer la nécessité médicale de la cure

7. En définitive, la position de Y, qui repose sur une appréciation claire et complète des faits pertinents et une juste application des clauses contractuelles, est en tous points conforme au droit. Elle doit être confirmée, ce qui entraîne le rejet des conclusions de la demande déposée le 25 octobre 2006 par l'intéressée.

8. Les arguments de l'assurée fondés sur la position d'une tierce caisse (A en l'occurrence, qui n'a aucune relation avec Y et dont les

obligations découlent du droit public fédéral) ne sont pas opposables à la demanderesse et la question de savoir si A a donné un préavis favorable à la prise en charge de la cure litigieuse restera indécise, dès lors qu'elle n'a pas à être examinée dans la présente procédure (cf. supra consid. 1).

**Par ces motifs,  
Le Tribunal des assurances  
prononce :**

**1** Les conclusions de la demande déposée le 25 octobre 2006 par X contre Y sont rejetées.

Le président :

 Du

 La greffière :

**27 AVR. 2007**

Le présent jugement, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié aux parties par l'envoi de photocopies.

Si la valeur litigieuse n'atteint pas 30'000 fr., le présent jugement peut faire l'objet d'un recours devant le Tribunal cantonal dans les dix jours dès sa notification, 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 les conclusions en nullité ou les conclusions en réforme dans les cas prévus par la loi.

Si la valeur litigieuse s'élève au moins à 30'000 fr., le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière civile devant le Tribunal fédéral au sens des articles 72 et suivants de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF — RS 173.110). Même lorsque la valeur litigieuse minimale n'est pas atteinte, le

recours est recevable si la contestation soulève une question juridique de principe (art. 74 al. 2 litt. a LTF). Cas échéant, le jugement peut faire l'objet d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des articles 113 et suivants LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral dans les trente jours qui suivent la notification de l'expédition complète (art. 100 al. 1er LTF).

L'article 100 alinéa 6 LTF est réservé.

Le jugement est également communiqué à ' l'Office fédéral des assurances privées (art. 49 al. 2 LSA).

La greffière  
*[Signature]*

