

TRIBUNAL DES ASSURANCES

Présidence de M. D I N D, juge

Membres : MM. Chamot et Guignard, assesseurs

Greffière : Mme de Quattro Pfeiffer

Jugement du 4 décembre 2008

dans la cause

X., représentée par l'avocate Corinne Monnard
Séchaud, à Lausanne, demanderesse,

contre

A. **ASSURANCE-MALADIE,** (ci-
après: A. ou la caisse), à Lausanne, défenderesse.

Art. 12 al. 2 et 3 LAMal ; 33 LCA ; 85 LSA

En fait :

A. X., née en 1968, est affiliée auprès de A. depuis le 1^{er} janvier 1975 (police n° 2.484.104) au titre de l'assurance-complémentaire régie par la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (ci-après : LCA ; RS 221.229.1). Sa couverture d'assurance comprend les classes suivantes :

- qui prévoit notamment, à certaines conditions et en complément à l'assurance obligatoire des soins, la prise en charge des traitements à l'étranger, de la médecine complémentaire, des moyens auxiliaires et des cures ;

- qui élargit le modèle de base et prévoit la prise en charge des check up médicaux, des vaccinations et de diverses mesures de prévention.

L'assurée est également affiliée auprès d'B. pour la couverture d'assurance obligatoire des soins (police n° 598860) régie par la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (ci-après : LAMal ; RS 832.10).

Dans un certificat médical du 12 septembre 2006, le Dr E., spécialiste FMH en médecine interne, a prescrit à l'assurée une balnéothérapie stationnaire avec massothérapie relaxante, recommandant la prise en charge par l'assurance de base d'un séjour de trois semaines et indiquant que les Bains de Saillon offraient ces soins spécifiquement pour les patients souffrant de fibromyalgie. Sur demande de A., il a précisé, dans un questionnaire complémentaire du 26 septembre 2006, que sa patiente souffrait d'un trouble affectif bipolaire et de fibromyalgie sévérissime et que le but de la cure était curatif.

Le 14 septembre 2006, un contrat de location a été établi au nom de l'intéressée pour un séjour aux Bains de Saillon du 13 novembre au 2 décembre 2006, d'un montant total de 1'261 fr. 50.

Au vu du certificat médical du Dr E., B. a, par courrier du 25 septembre 2006, fait savoir à l'assurée qu'elle prenait en charge une contribution légale de 10 fr. par jour, en plus des frais de traitement, pour autant qu'il s'agisse d'une cure thermique au sens de la LAMal. De son côté, A. a écrit le 9 octobre 2006 que, selon les informations du Dr E., transmises à son médecin-conseil, elle refusait d'assumer les frais entraînés par ce séjour.

Par courriers du 6 novembre 2006 et du 1^{er} février 2007, le conseil de l'assurée a demandé à A. les raisons pour lesquelles elle refusait la prise en charge des frais d'hébergement de sa cliente, estimant pour sa part que ceux-ci se justifiaient au vu du certificat médical du Dr E. du 12 septembre 2006 et des conditions générales de la caisse, dès lors que la cure thermique était adéquate et efficace dans le cadre des troubles dont souffrait l'intéressée.

Dans ses lettres des 23 novembre 2006 et 7 février 2007, A. a justifié son refus en expliquant avoir soumis les réponses du médecin traitant de l'assurée à son médecin-conseil, lequel avait rendu un préavis négatif, estimant qu'une cure thermique ne constituait pas un traitement adéquat et efficace aux troubles de l'assurée, ceux-ci n'étant pas de nature rhumatologique.

Le 15 mars 2007, le conseil de l'assurée a insisté sur la nécessité de la prise en charge de la cure thermique par la caisse, faisant valoir, d'une part, que la fibromyalgie dont souffrait sa cliente constituait bel et bien une maladie rhumatismale et, d'autre part, qu' B. avait pris en charge les frais médicaux relatifs à cette affection.

Par courrier du 20 juin 2007, A. a fait savoir à l'assurée que les troubles somatoformes douloureux dont elle souffrait étaient secondaires à d'autres comorbidités ne pouvant être traitées par le biais d'une cure thermale, qui ne constituait donc pas un traitement efficace, approprié et économique pour de telles atteintes.

Dans une lettre du 28 août 2007, le conseil de l'assurée a demandé à la caisse une nouvelle prise de position médicale justifiant son refus, à quoi A. a répondu, le 7 septembre suivant, que la fibromyalgie comme description d'un état maladif ne justifiait pas une cure balnéaire selon la loi et les conditions spéciales de l'assurance ...

B. Par demande du 8 novembre 2007, l'assurée, représentée par l'avocate Corinne Monnard Séchaud, conclut, avec suite de frais et dépens, à ce que A. soit tenue de lui accorder les prestations dues pour la cure balnéaire qu'elle a subie du 13 novembre au 2 décembre 2006 aux Bains de Saillon et que la caisse soit reconnue sa débitrice et lui doive prompt paiement de la somme de 600 fr., avec intérêt à 5% l'an dès le 14 septembre 2006. Elle fait valoir que la cure balnéaire répond à l'ensemble des critères posés par les conditions du contrat d'assurance avec A. et que celle-ci n'a aucun élément permettant de s'écarter de l'appréciation du médecin-conseil d'B., qui a admis le caractère efficace, adéquat et économique de la mesure.

Pour sa part, A. conclut, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours. Elle se réfère à ses conditions générales et spéciales d'assurance et estime que la condition de son acceptation préalable de la cure est strictement potestative et que cet accord a été expressément refusé. Elle considère en outre que, contrairement à ce que prétend la demanderesse et suivant l'avis de son médecin-conseil, la fibromyalgie peut tout à fait être assimilée aux troubles somatoformes douloureux selon la jurisprudence fédérale et qu'il n'est pas démontré qu'une cure balnéaire constitue un traitement efficace, approprié et économique au sens de la loi.

Dans ses explications complémentaires du 25 avril 2008, la demanderesse confirme ses conclusions, considérant que l'obligation de requérir l'autorisation préalable de la caisse a été respectée, malgré le refus de cette dernière. Elle se prévaut de l'avis de son médecin traitant, le Dr E., lequel a confirmé que la prescription de la cure avait un but thérapeutique et un caractère curatif et reproche à la défenderesse d'assimiler la fibromyalgie aux troubles somatoformes douloureux, question qu'une expertise médicale serait à même de trancher.

La défenderesse a renoncé à dupliquer.

En droit :

1. A. a conclu avec la demanderesse un contrat d'assurance complémentaire au sens de l'art. 12 al. 2 et 3 LAMal.

En vertu de l'art. 12 al. 3 LAMal, les assurances complémentaires sont soumises au droit privé, soit à la LCA.

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 I 124). 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 (CREC, 257/1998 du 24 juin 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^e 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. 85 LSA [loi fédérale du 17 décembre 2004 sur la

surveillance des entreprises d'assurance; RS 961.01], en vigueur dès le 1^{er} janvier 2006; ATF 124 III 44, JT 1998 I 377; RAMA 1998, KV 35, p. 290; ATF 123 V 324 consid. 3a, RAMA 1998, KV 22, p. 49; cf. Spira, Le nouveau régime de l'assurance complémentaire, in : Revue suisse d'assurances [RSA] 1995, pp. 192ss., spéc. ch. 5; du même auteur, Le contentieux de la nouvelle assurance-maladie, Sécurité sociale 1995, pp. 256ss., 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. 669ss., spéc. pp. 685-687; Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, Bâle 1996, pp. 135ss.; Ritter, Questions relatives aux assurances complémentaires à la LAMal, RSA 1995, pp. 209ss., spéc. ch. 2 et 3).

La demande déposée par la demanderesse est dès lors recevable en la forme.

2. a) Selon l'art. 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 (cf. Viret, Droit des assurances privées, 2^{ème} éd., Zurich 1985, pp. 19ss.).

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 LCA) et en conditions particulières, lesquelles font partie intégrante du contrat (cf. Viret, Recueil de travaux en

l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, éd. IRAL, Lausanne 1997, pp. 669ss., spéc. p. 673). L'assureur peut les modifier en préservant les droits de l'assuré selon l'art. 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 assicuratorem" (ATF 122 III 118 ; ATF 118 II 342 consid. 1a; cf. aussi ATF 124 III 155 consid. 1b p. 158 ; ATF 121 III 414; ATF 119 II 443; ATF 116 II 86).

3. En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si la caisse devait autoriser la cure balnéaire du 13 novembre au 2 décembre 2006 aux Bains de Saillon, prescrite par le Dr E. et, le cas échéant, payer à la demanderesse les frais y afférents (soit 20 jours à 30 fr. selon la couverture ...).

Cette question doit être tranchée suivant les conditions d'assurance applicables ratione temporis, soit celles en vigueur au moment du séjour déterminant, savoir en novembre 2006. A cette époque, la demanderesse était au bénéfice de deux couvertures d'assurance-maladie complémentaires, à savoir les classes ... et ...

4. L'art. 1 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.

L'art. 3 ch. 1 des conditions spéciales d'assurance prévoit que A. prend en charge les frais de traitements curatifs ou de mesures de prévention-santé lorsque ces traitements et ces mesures sont efficaces, adéquats et économiques.

L'art. 8 dispose qu'en cas de cure thermale, des prestations ne sont octroyées que si la cure est médicalement nécessaire, qu'elle est prescrite par un médecin, et qu'elle a été acceptée préalablement par A. La cure doit être effectuée dans un établissement suisse reconnu. A. 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. 1). L'ordonnance de cure doit être envoyée à A. au plus tard 14 jours avant le début de la cure (ch. 2).

5. En ce qui concerne la condition formelle de l'accord préalable de la caisse prévue par l'art. 8 des conditions spéciales d'assurances de A., se pose la question de savoir s'il s'agit réellement d'une condition purement potestative, donnant droit à l'assureur de refuser le traitement ou la mesure sans que l'assurée puisse s'y opposer. Quoi qu'il en soit, il est clair que le certificat médical du Dr E. a été envoyé à A. dans le délai contractuel de 14 jours, soit en septembre 2006 pour une cure ayant commencé en novembre suivant. La question du caractère potestatif de cette condition peut toutefois rester ouverte, vu ce qui suit.

En effet, la position de A. se fonde sur le questionnaire complémentaire rempli par le Dr E. le 26 septembre 2006, lequel a indiqué que sa patiente souffrait d'un trouble affectif bipolaire et de fibromyalgie, affections qui, selon le médecin-conseil de la caisse, constituent deux atteintes psychiatriques qu'une cure balnéaire ne saurait soigner. Si la demanderesse soutient que la fibromyalgie constitue une maladie rhumatologique, il n'en demeure pas moins qu'au vu de la doctrine médicale actuelle et de la jurisprudence, une telle affection est d'ordre psychiatrique, voire comparable au trouble somatoforme douloureux (TFA, I 336/04 du 8 février 2006, consid. 4.1 ; TFA, I 629/04 du 15 mars 2006,

consid. 4.1). Or, une cure thermale n'est pas de nature à guérir de tels troubles, de sorte que cette mesure ne répond pas aux conditions d'un traitement efficace, adéquat et économique. Il en résulte que les conditions matérielles de prise en charge des frais y relatifs, suivant l'art. 3 ch. 1 des conditions spéciales d'assurance, ne sont pas remplies.

6. En définitive, la position de A. est conforme au droit. Elle doit donc être confirmée, ce qui entraîne le rejet des conclusions de la demande du 8 novembre 2007.

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

Les conclusions de la demande du 8 novembre 2007 déposée par
X. contre A. assurance-maladie sont rejetées.

Le président :



La greffière :



Du 26 JAN. 2009

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).

PHOTOCOPIE CERTIFIÉE
CONFORME À L'ORIGINAL



La greffière :

S. Pfeiffer