

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2860/2011

ATAS/1448/2012

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 30 novembre 2012**

**3ème Chambre**

En la cause

Monsieur R\_\_\_\_\_, domicilié à Confignon

demandeur

contre

CONCORDIA ASSURANCE SUISSE DE MALADIE ET  
ACCIDENTS SA, sise Bundesplatz 15, case postale, 6002 Luzern

défenderesse

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges  
assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur R\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré) né en 1942, est affilié auprès de CONCORDIA ASSURANCE SUISSE DE MALADIE ET ACCIDENTS SA (ci-après l'assurance) pour l'assurance obligatoire des soins, mais également pour deux assurances complémentaires (DIVERSA et NATURA), dont les polices se réfèrent aux conditions générales d'assurance (CGA) dans leur version 2007 et aux conditions complémentaires d'assurance (CCA) dans leur version 1997.
2. L'assuré souffrant de dorso-lombalgies sévères sur une scoliose et d'ostéoporose, son médecin-traitant, le Dr A\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, lui a prescrit des cures à Loèche-les-Bains.
3. L'assuré a saisi une première fois le Tribunal cantonal des assurances sociales -alors compétent- d'une demande en paiement contre son assurance complémentaire le 11 novembre 2010 en demandant à ce qu'elle soit condamnée à lui rembourser la totalité des frais de la cure qu'il avait ainsi suivie du 11 au 28 octobre 2010, cure dont il alléguait qu'elle lui était indispensable une fois par année en raison de son état de santé.
4. La Chambre des assurances sociales de la Cour de justice a rejeté la demande de l'assuré en date du 20 octobre 2011 (ATAS/1003/2011), à l'issue d'une procédure au cours de laquelle ont été recueillis les éléments suivants :
  - un courrier du Dr A\_\_\_\_\_ du 7 juin 2010 à l'assurance précisant que son patient souffrait d'une ostéoporose et d'une scoliose (sévère), que ces dernières avaient pour conséquences des dorso-lombalgies, que plusieurs traitements avaient déjà été tentés (kinésithérapie à sec, fosamax et anti-inflammatoires), que la physiothérapie à sec n'avait pas eu d'effets et que le médecin préconisait une cure thermale ayant pour objectif une mobilisation et une tonification dans l'eau;
  - un avis émis le 18 juin 2010 par le Dr B\_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'assurance, selon lequel une physiothérapie en piscine, en ambulatoire, aurait pu être tentée;
  - un certificat établi le 21 janvier 2011 par le Dr A\_\_\_\_\_, confirmant les diagnostics précédemment mentionnés et expliquant que, pour éviter la décompensation de la scoliose, l'assuré était obligé d'effectuer régulièrement des séries de physiothérapie qui devaient pouvoir se dérouler en partie dans l'eau; le médecin indiquait que le traitement de balnéothérapie permettait d'augmenter la masse musculaire, d'effectuer des exercices difficiles à entreprendre lors d'une physiothérapie à sec, de diminuer la prise d'antalgiques et d'espacer les

séries de kinésithérapie à sec; il ajoutait que cette prise en charge à Loèche-les-Bains donnait d'excellents résultats chez son patient;

- un courrier du Dr A\_\_\_\_\_ du 16 août 2011, précisant que seule une prise en charge chronique et régulière de kinésithérapie (ensemble des techniques manuelles à sec et dans l'eau) permettrait d'éviter une décompensation avec un risque élevé de morbidité (une scoliose non traitée pouvant entraîner de graves troubles respiratoires, sans parler des douleurs); le médecin émettait l'avis qu'une cure thermique était essentielle, car elle permettait une prise en charge quotidienne durant trois semaines; les mouvements effectués dans l'eau étaient plus faciles et remusclaient le dos; cette remusculation était nécessaire pour éviter une péjoration de l'état de santé de son patient; le médecin ajoutait qu'annuellement, il prescrivait en outre à l'assuré de la physiothérapie à sec (2 à 3 x 9 séances) et de la physiothérapie en piscine, en ambulatoire (une série); selon lui, les séances de physiothérapie en piscine, en ambulatoire, ne pouvaient remplacer une cure thermique, laquelle permettait une prise en charge quotidienne (plusieurs fois par jour) dans une eau de qualité adéquate (eau de source non traitée et non chauffée) conduisant à des résultats plus rapides en terme de diminution des douleurs et d'augmentation de la masse musculaire.

Dans son arrêt, la Cour a relevé en substance qu'au vu des conditions générales applicables à l'assurance complémentaire en question, la prise en charge de la cure balnéaire ne pouvait être accordée que si elle avait été précédée d'un traitement intensif, approprié et reconnu scientifiquement ou si un tel traitement ambulatoire ne pouvait être appliqué. Or, dans le cas présent, le demandeur avait admis ne pas avoir pratiqué de physiothérapie à sec depuis plusieurs années et ne prétendait pas avoir effectué des séances de physiothérapie en piscine de manière intensive non plus. Partant, la Cour a constaté que la cure thermique n'avait pas été précédée d'un traitement intensif approprié au sens des conditions générales de l'assurance; le médecin traitant n'alléguait pas non plus qu'un tel traitement ne pouvait être appliqué. La Cour en a tiré la conclusion que les conditions de prise en charge par l'assurance complémentaire DIVERSA n'étaient pas réalisées.

5. Le 19 septembre 2011, le demandeur a saisi la Cour de céans d'une nouvelle demande "contre la décision" de son assurance de ne pas accepter la prise en charge de la cure suivie à Loèche-les-Bains en 2011 (trois semaines).

Le demandeur allègue qu'il se soumet régulièrement à des séances d'acupuncture, sans résultat, qu'il pratique également à Genève de la physiothérapie, sans plus de succès. Il explique y avoir renoncé, dans la mesure où ces traitements ne lui semblent pas absolument efficaces, au profit de la cure à Loèche-les-Bains dont il soutient qu'elle amène une réelle amélioration de son état.

A l'appui de sa demande, l'assuré produit le courrier que lui a adressé son assurance complémentaire le 15 juillet 2011. L'assurance s'y réfère à l'avis de son médecin-conseil qui soutient que les thérapies nécessaires pourraient s'effectuer de manière ambulatoires et lui conseille, au cas où son médecin-traitant lui prescrirait à nouveau une cure balnéaire, de la soumettre à son agrément au moins deux mois avant le début de cette dernière afin que l'assurance puisse prendre position à temps sur le droit aux prestations de son assuré.

6. Invitée à se déterminer, la défenderesse, dans sa réponse du 21 novembre 2011, a conclu au rejet de la demande.

La défenderesse invoque ses CCA et le principe de subsidiarité d'une cure thermale par rapport à un traitement intensif approprié et reconnu scientifiquement. Elle soutient qu'en l'état, la cure thermale ayant débuté le 2 octobre 2011 n'a pas été précédée d'un traitement intensif approprié puisque le demandeur n'a pas pratiqué suffisamment de séances de physiothérapie à sec pour que l'on puisse parler d'échec et qu'en outre, aucune séance de physiothérapie en piscine en ambulatoire n'a été effectuée jusqu'à présent.

7. Une audience de comparution personnelle s'est tenue en date du 2 février 2012. Le demandeur a expliqué s'être soumis par le passé à des séances de physiothérapie et même d'acupuncture, mais sans succès, au contraire, puisque cela a conduit à une augmentation des douleurs. 4 séries de 9 séances de physiothérapie lui ont ainsi été prescrites l'année précédente.

A Loèche-les-Bains, c'est tout à fait différent : l'eau est très chaude, il peut suivre des séances matin et après-midi, de sorte que c'est plus efficace.

La défenderesse a quant à elle fait remarquer qu'elle a pris en charge ce qui lui incombait en vertu de l'assurance obligatoire des soins, de sorte que ne reste litigieux qu'un montant de 30 fr. par jour au titre de l'assurance complémentaire, soit 630 fr. au total.

S'agissant de l'année 2011, la défenderesse a fait remarquer que, de janvier à juin (période précédant la cure dont la prise en charge est demandée), l'assuré n'a subi que 2 x 9 séances de physiothérapie, ce que la défenderesse ne considère pas comme un « traitement intensif » au sens de ses conditions. Ce n'est en effet que si 36 séances sont subies, durant un an au minimum, que le dossier est transmis au médecin-conseil, à charge pour ce dernier de vérifier alors si ces séances étaient justifiées, d'une part, et si la cure pouvait être prise en charge, d'autre part. Selon son médecin conseil, il faut à tout le moins que de la physiothérapie en piscine ait été pratiquée, ce qui n'est pas le cas.

Le demandeur a confirmé n'avoir suivi que des séances de physiothérapie à sec. A cet égard, il a allégué ne pouvoir fréquenter de piscine normale, car si l'eau n'est

pas assez chaude, cela lui occasionne immédiatement de vives douleurs au niveau des lombaires.

8. Interpellé par la Cour de céans, le Dr A\_\_\_\_\_ a répondu par courrier du 10 mai 2012 que si son patient n'a effectué que deux semaines de cure au lieu de trois, c'est qu'il n'avait pas les moyens financiers pour prolonger son séjour.

Le médecin a indiqué ne pas avoir noté précisément le nombre de séances de physiothérapie prescrites à son patient dans l'année mais avoir le souvenir de 18 séances annuelles.

Questionné sur les raisons qui l'avaient amené à conclure que la physiothérapie à sec avait échoué, le médecin a expliqué que celle-ci n'avait pas permis de soulager les douleurs, raison pour laquelle il avait prescrit des anti-inflammatoires non stéroïdiens puis procédé à des infiltrations.

Le médecin a expliqué qu'une cure de balnéothérapie apporte plus de résultats cliniques dans des pathologies graves telles que celle de l'assuré que des séances en piscine, qui ne revêtent pas le même caractère intensif.

Interrogé sur les raisons pour lesquelles il n'avait pas prescrit à son patient un traitement ambulatoire en piscine, le médecin a répondu qu'un tel traitement donne lieu à une voire deux séances de 30 à 45 minutes par semaine alors qu'un traitement en balnéothérapie permet de pratiquer de 4 à 5 séances par jour sur 2 à 3 semaines.

Quant au fait de savoir s'il qualifierait 2 x 9 séances de physiothérapie durant six mois de "traitement intensif" le médecin a répondu par la négative. Il a toutefois fait remarquer qu'il paraissait inutile de prescrire plus de séances si celles-ci restaient sans effet.

9. Par écriture du 1<sup>er</sup> juin 2012, la défenderesse a persisté dans ses conclusions.

Relevant qu'un certain flou demeurait sur le nombre de séances de physiothérapie suivies par le demandeur (celui-ci ayant d'abord mentionné 4 x 9 séances, son médecin disant se souvenir de 18 séances et sa physiothérapeute de 3 x 9 séances), la défenderesse a suggéré de produire le relevé des prestations de l'assurance obligatoire des soins y relatif afin de tirer la question au clair.

S'agissant du traitement en ambulatoire, la défenderesse a relevé que le médecin traitant ne confirmait pas les allégations du demandeur selon lequel une physiothérapie ambulatoire en piscine serait proscrite en raison de la température de l'eau.

La défenderesse a fait remarquer qu'un traitement ambulatoire en piscine permettrait un peu plus de 100 séances par année alors qu'une cure de

balnéothérapie, même considérée dans son maximum, offre la moitié moins de séances.

La défenderesse a ajouté qu'au surplus, une telle cure, annuelle, ne répond pas à la nécessité d'une prise en charge "chronique et régulière" telle que pourtant préconisée par le Dr A\_\_\_\_\_ dans la procédure préalablement soumise à la Cour.

Qui plus est, il ressort de la facture de physiothérapie de Loèche-les-Bains qu'une seule séance par jour a été facturée ce pour six jours seulement.

10. Le 21 juin 2012, la défenderesse a produit le relevé des prestations de l'assurance obligatoire des soins du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2011, dont il est ressorti que le demandeur n'a suivi que 2 x 9 séances de physiothérapie à sec avant la cure du 3 au 17 octobre 2011.

La défenderesse s'est par ailleurs étonnée que le médecin refuse d'une part de prescrire plus de séances au motif qu'elles seraient inefficaces mais continue malgré tout à en prescrire.

11. Par écriture du 28 juin 2012, le demandeur a contesté n'avoir suivi qu'un seul traitement par jour en piscine à Loèche-les-Bains. Il a demandé à être examiné par un expert pour déterminer quel est son état de santé et s'est étonné de devoir payer une assurance qui ne lui offre pas de prestations.

### **EN DROIT**

1. a) Conformément à l'art. 134 al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociales prévue par la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal; RS 832.10), relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (LCA; RS 221.229.1).

La compétence *ratione materiae* de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

b/aa) L'art. 46a LCA prescrit que le for se définit selon la loi du 24 mars 2000 sur les fors (LFors). Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la LFors est toutefois abrogée et il convient d'appliquer le Code de procédure civile du 19 décembre 2008 (CPC; RS 272), dont l'art. 31 prévoit que le tribunal du domicile ou du siège du défendeur ou celui du lieu où la prestation caractéristique doit être exécutée est compétent pour statuer sur les actions découlant d'un contrat.

b/bb) Le demandeur ayant son domicile dans le canton de Genève, la compétence *ratione loci* de la Cour de céans pour juger de la demande en paiement est par conséquent également donnée, puisque le remboursement de la prestation doit s'y opérer.

c) L'art. 197 CPC prévoit que la procédure au fond est précédée d'une tentative de conciliation devant une autorité de conciliation. L'art. 198 CPC mentionne des exceptions à la tentative obligatoire de conciliation, notamment pour les instances cantonales uniques prévues par l'art. 5 CPC et les tribunaux spéciaux statuant en instance unique sur les litiges commerciaux que les cantons peuvent instituer en application de l'art. 6 CPC (art. 198 let. f CPC). Les instances cantonales uniques que les cantons peuvent instituer pour les litiges portant sur les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale, conformément à l'art. 7 CPC, ne sont pas mentionnées en tant qu'exceptions à l'art. 198 CPC.

À Genève, le Tribunal de première instance est l'autorité compétente pour la tentative de conciliation (art. 86 al. 2 let. b LOJ).

Néanmoins, la Cour de céans a jugé que c'était par une inadvertance évidente que le législateur fédéral n'avait pas mentionné à l'art. 198 let. f CPC les tribunaux statuant en tant qu'instance cantonale unique sur les litiges portant sur les assurances-maladie complémentaires, conformément à l'art. 7 CPC, et que cet oubli créait une situation contraire au but de la loi et était partant insatisfaisante. La Cour de céans a dès lors comblé cette lacune proprement dite et exempté également ces litiges de la procédure de conciliation obligatoire, à l'instar des autres instances cantonales uniques mentionnées à l'art. 198 let. f CPC (ATAS/577/2011 du 31 mai 2011, consid. 4).

Par conséquent, la demande est directement recevable par-devant la Cour de céans.

d) Pour le surplus, la demande en paiement respecte les réquisits de recevabilité prévus par l'art. 59 CPC.

- 2 Le litige porte sur la question de savoir si l'assurance complémentaire DIVERSA doit ou non prendre en charge la totalité des frais de la cure thermale effectuée par le demandeur à Loèche-les-Bains durant deux semaines en 2011.

Le demandeur n'a pas chiffré précisément ses conclusions. D'après les explications données par la défenderesse en audience, la valeur litigieuse est bien inférieure à 30'000 fr.

3. Pour les contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10), la procédure simplifiée s'applique quelle que soit la valeur

litigieuse (art. 243 al. 2 CPC) et le tribunal établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC).

La maxime inquisitoire prévue par l'art. 247 al. 2 CPC correspond au concept de maxime inquisitoire sociale ou atténuée, ou encore simple, développé par la doctrine et la jurisprudence à propos des dispositions fédérales spéciales abrogées au 1<sup>er</sup> janvier 2011 (cf. notamment l'art. 274d CO en matière de bail et l'art. 343 CO en matière de contrat de travail; cf. également l'art. 85 al. 2 de la loi fédérale du 17 décembre 2004 sur la surveillance des entreprises d'assurances - LSA; RS 961.01).

La maxime inquisitoire prévue par l'art. 247 al. 2 CPC implique la possibilité pour le juge de se fonder sur tous les faits pertinents et établis, même si les parties ne les ont pas invoqués; BOHNET, HALDY, JEANDIN, SCHWEIZER, TAPPY, op. cit., n. 16 ad art. 243 et n. 17, 22 et 23 ad art. 247 CPC).

Le juge doit rechercher spontanément les faits, mais les parties sont tenues de collaborer activement à la procédure, notamment en lui présentant toutes les pièces nécessaires à l'appréciation du litige. Ce principe n'est pas une maxime officielle absolue, mais une maxime inquisitoire sociale. Le juge ne doit pas instruire d'office le litige lorsqu'une partie renonce à expliquer sa position. En revanche, il doit interroger les parties et les informer de leur devoir de collaboration et de production des pièces; il est tenu de s'assurer que les allégations et offres de preuves sont complètes uniquement lorsqu'il a des motifs objectifs d'éprouver des doutes sur ce point. L'initiative du juge ne va pas au-delà de l'invitation faite aux parties de mentionner leurs moyens de preuve et de les présenter. La maxime inquisitoire sociale ne permet pas d'étendre à bien plaire l'administration des preuves et de recueillir toutes les preuves possibles (ATF 130 III 102; ATF 125 III 231 consid. 4a p. 238).

Par ailleurs, la maxime inquisitoire laisse le juge libre dans sa manière d'apprécier les preuves et ne lui interdit pas de renoncer à un moyen de preuve par appréciation anticipée. Ni la maxime inquisitoire, ni d'ailleurs le droit à la preuve d'une partie ne sont violés lorsque le juge refuse une mesure probatoire parce qu'il est déjà convaincu qu'une allégation de fait a été établie ou réfutée (en matière de droit à la preuve, ATF 129 III 18 consid. 2.6 et les arrêts cités). 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. 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 (ATF 4A\_253/2007 du 13 novembre 2007, consid. 4.2).

4. En matière d'assurances complémentaires, les parties sont liées par l'accord qu'elles ont conclu dans les limites de la loi, les caisses-maladie pouvant en principe édicter

librement les dispositions statutaires ou réglementaires dans les branches d'assurances complémentaires qui relèvent de la liberté contractuelle des parties (ATF 124 V 201 consid. 3d; ATAS/1104/2006).

Les conditions générales, lorsqu'elles ont été incorporées au contrat, en font partie intégrante; elles doivent être interprétées selon les mêmes principes que les autres dispositions contractuelles (ATF 133 III 675 consid. 3.3 et ATF 122 III 118 consid. 2a ainsi que les références).

Les principes généraux de l'interprétation des contrats s'appliquent au contrat d'assurance, autant que la loi spéciale ne contient pas de dispositions particulières : l'art. 100 al. 1 LCA renvoie au droit des obligations (cf. ATF 118 II 342 consid. 1a). Il s'ensuit qu'en présence d'un litige sur l'interprétation d'une disposition contractuelle, le juge doit tout d'abord s'efforcer de déterminer la commune et réelle intention des parties, sans s'arrêter aux expressions ou dénominations inexacts dont elles ont pu se servir, soit par erreur, soit pour déguiser la nature véritable de la convention (art. 18 al. 1 CO).

5. En l'espèce, d'après l'art. 4 CGA, sont assurables les conséquences économiques de la maladie, de la maternité et des accidents en complément à l'assurance obligatoire des soins selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) et de l'assurance-accidents selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA). Les prestations seront accordées en complément à celles de ces assurances obligatoires (art. 4.1). Les détails concernant les différentes assurances sont réglés dans les Conditions complémentaires d'assurance (CCA ; art. 4.2).

Lorsqu'une maladie ou un accident donne probablement droit à des prestations, il y aura lieu de veiller aussi rapidement que possible à ce que des soins médicaux adéquats soient prodigués. L'assuré est tenu de se conformer aux prescriptions du médecin ou des autres fournisseurs de prestations (art. 26.1 CGA).

L'art. 29 CGA prévoit que l'ordonnance médicale de cure doit être remise à l'assureur à temps avant le début de la cure avec indication de l'établissement de cure ou de la station thermale et de la date du début de la cure.

D'après l'art. 5 CCA DIVERSA, pour les cures balnéaires stationnaires, effectuées sur prescription médicale dans une station thermale suisse dirigée par un médecin et correspondant à l'art. 40 LAMal, les prestations suivantes seront versées en sus des frais couverts par l'assurance obligatoire des soins durant 21 jours au maximum par année civile : 30 fr. par jour pour DIVERSA et 50 fr. par jour pour DIVERSA plus (art. 5.1 premier paragraphe).

Ces prestations ne sont accordées que si la cure a été précédée d'un traitement intensif approprié et reconnu scientifiquement ou si un tel traitement ambulatoire ne peut être appliqué. De plus, un examen médical d'entrée doit avoir lieu au début de

la cure et des mesures balnéologiques / physiothérapeutiques reconnues scientifiquement en Suisse doivent être effectuées selon le plan de cure (art. 5.2).

6. a) En l'espèce, la défenderesse a refusé de prendre en charge la totalité des frais de la cure thermique (hormis les frais de physiothérapie et le montant relevant de l'assurance obligatoire des soins).

La défenderesse estime que le demandeur aurait dû préalablement, conformément à l'art. 5.2 CCA DIVERSA, entreprendre un traitement intensif approprié et reconnu scientifiquement, sous la forme de séances de physiothérapie en piscine, en ambulatoire. Le demandeur conteste ce point de vue, alléguant qu'il a pratiqué durant plusieurs années sans succès de la physiothérapie à sec contrairement à la cure thermique, qui donne chez lui d'excellents résultats et qu'il ne saurait se soumettre à de la physiothérapie ambulatoire en piscine dans une eau insuffisamment chauffée.

b) Il convient de constater que les parties concordent sur l'interprétation de l'art. 5.2 CCA DIVERSA, lequel prescrit la subsidiarité d'une cure thermique par rapport à un traitement intensif approprié et reconnu scientifiquement.

c) Force est de constater que l'art. 5.2 CCA ne soumet pas la prise en charge de la cure à la condition qu'elle soit ou non nécessaire ou même justifiée mais à celle qu'elle ait été précédée d'un traitement intensif approprié. Dans ces conditions, il est inutile de soumettre le demandeur à un examen médical tel qu'il le préconise, car l'utilité de la cure en question n'est pas contestée en tant que telle.

Il convient bien plutôt d'examiner si elle a été précédée d'un « traitement intensif approprié » au sens des CCA. Il s'agit certes là d'une notion juridique indéterminée mais on relèvera que le médecin traitant lui-même a admis que 18 séances de physiothérapie à sec durant les six mois précédant la cure ne sauraient être qualifiées de « traitement intensif ». Le médecin traitant n'a pas non plus confirmé les allégations de son patient selon lesquelles de telles séances seraient contre-productives ou déconseillées. Pas plus qu'il n'a corroboré le fait qu'une physiothérapie ambulatoire en piscine non thermique devrait être évitée. On relèvera à cet égard qu'il existe dans le canton des piscines chauffées où peut se pratiquer la physiothérapie ambulatoire.

Partant, force est de constater que la cure thermique de 2011 n'a pas été précédée d'un traitement intensif approprié au sens où l'entendent les CCA de la défenderesse. Il n'apparaît pas non plus, au vu des déclarations du Dr A\_\_\_\_\_, qu'un traitement intensif, comprenant des séances de physiothérapie à sec et en piscine, ne pouvait pas être appliqué, au sens de l'art. 5.2 CCA DIVERSA. Les conditions de prise en charge par l'assurance complémentaire DIVERSA ne sont dès lors, à l'évidence, pas réalisées, de sorte que le demandeur ne peut prétendre au remboursement des frais de sa cure thermique.

C'est ainsi à bon droit que la défenderesse a refusé de prendre en charge les frais de la cure thermale du demandeur par le biais de l'assurance complémentaire DIVERSA. Mal fondée, la demande sera donc rejetée.

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare la demande recevable.

**Au fond :**

2. La rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Conformément aux art. 72 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110), le présent arrêt peut être porté dans les trente jours qui suivent sa notification avec expédition complète (art. 100 al. 1 LTF) par devant le Tribunal fédéral par la voie du recours en matière civile (Tribunal fédéral suisse, avenue du Tribunal fédéral 29, 1000 Lausanne 14). Lorsque la valeur litigieuse minimale de 30'000 francs n'est pas atteinte, le recours n'est recevable que si la contestation soulève une question juridique de principe (art. 74 al. 2 let. a LTF). Le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoqués comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La valeur litigieuse des conclusions pécuniaires est en l'espèce, au sens de la LTF, inférieure à 30'000 fr.

La greffière

La Présidente

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA) par le greffe le