

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/465/2011

ATAS/1196/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 5 décembre 2011

9^{ème} Chambre

En la cause

Madame U _____, domiciliée à Vernier, représentée par
Madame ASSUAS Association suisse des assurés

demanderesse

contre

SWICA ORGANISATION DE SANTÉ, sise Bd de Grancy 39,
1001 Lausanne

défenderesse

**Siégeant : Florence KRAUSKOPF, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et
Luis ARIAS, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame U _____, née en 1944, est affiliée auprès de SWICA ORGANISATION DE SANTÉ (ci-après: SWICA) pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie et pour l'assurance complémentaire intitulée "HOSPITA DEMI-PRIVEE" depuis le 1^{er} janvier 2006.

Selon cette assurance, SWICA "couvre les coûts en division semi-privée dans des établissements hospitaliers de Suisse avec des tarifs reconnus; libre choix du médecin, chambre à deux lits et prestations de soins. Offre, en outre, des contributions généreuses pour les cures balnéaires ou de convalescence, les transports d'urgence et de transfert, les soins à domicile, etc."

Les conditions générales d'assurance pour les assurances complémentaires selon la LCA (CGA) prévoient à l'art. 6 que l'assurance prend en charge les frais de traitements et de mesures préventives appropriés et économiques s'ils sont efficaces. L'art. 3 des conditions spéciales (CS) régissant l'assurance complémentaire Hospita reprend ces trois conditions. Par ailleurs, l'art. 1 CS précise que l'assurance Hospita a pour but de prendre en charge les frais de séjour, les frais de traitement et frais annexes, en complément à l'assurance obligatoire des soins, qui ne sont pas pris en charge par cette dernière.

En outre, l'art. 13 CS stipule qu'"en cas de cure thermique ordonnée par un médecin, autorisée au préalable par SWICA et effectuée dans un établissement thermal suisse reconnu ou, dans des cas particuliers, effectuée à l'étranger sur demande et autorisation préalable de SWICA, SWICA verse les contributions suivantes aux frais de séjour et de traitement pendant 30 jours au plus par année civile: classe 2 + 3 [applicable à l'assurée in casu] 60 fr. par jour. [...] Les contributions suivantes aux frais de cure sont accordées à condition que l'assuré se soumette à une visite médicale d'entrée et de sortie et à des mesures balnéothérapeutiques et physiothérapeutiques intensives. L'ordonnance de cure doit être présentée à SWICA au plus tard 14 jours avant le début de cure."

2. L'assurée est atteinte, depuis de nombreuses années, de différents troubles dégénératifs, de déséquilibres musculaires et d'une fibromyalgie.
3. Par courrier du 17 juin 2010, elle a demandé à SWICA de prendre en charge la cure thermique prescrite par le Dr A _____ prévue du 5 au 26 novembre 2010 au Centre médical de Lavey-les-Bains. L'assurée avait déjà effectué 12 cures au fil des 12 années précédentes.

Le Dr A _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, a relevé dans un questionnaire adressé à l'assurance que sa patiente souffrait d'une tendinite chronique des deux moyens fessiers et de lombalgies chroniques sur une

disarthrose inflammatoire L3-L4. Les deux cycles de physiothérapie par année et les antidouleurs n'avaient pas produit les effets escomptés. Le but d'une cure était l'antalgie; elle avait "un caractère curatif/de soins", qui ne pouvait pas être obtenu par une autre mesure appropriée.

Ce praticien a encore précisé, ultérieurement, qu'il avait constaté une péjoration de la tendinite et une "aponévrosite plantaire".

4. Dans un premier temps, l'assurance a refusé la prise en charge de cette cure. Par courriers des 3 et 21 septembre 2010, elle a accepté de couvrir les frais de physiothérapie et s'est engagée à allouer une participation de 10 fr. par jour prévue dans le cadre de l'assurance obligatoire. Pour le surplus, elle a refusé de prester dans le cadre de l'assurance complémentaire, invoquant le fait que les critères médicaux étaient largement insuffisants.
5. La cure s'est déroulée du 15 novembre au 4 décembre 2010.
6. Le Dr B_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et réadaptation physique, mentionne dans son rapport de sortie de la cure, qu'à l'admission les points fibromyalgiques étaient de 16/18, alors qu'à la sortie, ils étaient de 6/18. Ce spécialiste note que "le traitement physique associant des approches actives et passives a eu, comme les années précédentes, un excellent effet positif chez [la] patiente. Elle quitte Lavey avec des enseignements pour continuer ses exercices".
7. A la fin de la cure, le Grand-Hôtel des Bains de Lavey-les-Bains a facturé ses prestations à 1'078 fr. 50, comprenant 990 fr. de frais de logement et de petit déjeuner, 60 fr. de frais de nettoyage et 28 fr. 50 de taxe de séjour.
8. L'assurance a établi son décompte de prestations le 22 janvier 2011, prenant en charge, au titre de l'assurance obligatoire, 200 fr. sur le montant de 1'078 fr. 50.
9. Par acte expédié le 17 février 2011 au greffe de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, l'assurée demande la condamnation, sous suite de frais et dépens, de SWICA à lui verser la somme de 1'200 fr. avec intérêts à 5% dès le 22 janvier 2011. Elle fonde sa prétention sur l'assurance complémentaire, exposant s'être vue rembourser 200 fr. au titre de l'assurance obligatoire.

Elle annexe les réponses des Dr C_____, D_____ et A_____ au questionnaire qu'elle leur a adressé. Le Dr C_____, neurochirurgien, indique suivre la demanderesse depuis le 10 mai 1996 pour des cervicalgies, lombalgies et troubles dégénératifs diffus de la colonne. La cure thermique est, selon lui, "une mesure appropriée, efficace et économique dans la mesure où elle permet à la patiente de voir ses symptômes, pour le moins temporairement, améliorés". Le Dr D_____, généraliste qui suit la patiente depuis le 21 février 1994, répond par l'affirmative à la question de savoir si la cure thermique est une mesure appropriée,

efficace et économique. Enfin, le Dr A _____ fait état de la péjoration des problèmes articulaires et relève que la cure thermique "est un traitement qui soulage [illisible] Madame U _____".

Le dossier comprend également des factures de restaurant de l'assurée pour des repas pris pendant la cure (36 fr. 30, 41 fr. 50, 54 fr. 10 (qui se rapporte à deux personnes)), des factures d'achats alimentaires (58 fr. 60, 42 fr. 40, 27 fr. 05, 28 fr. 85, 7 fr. 20) ainsi qu'une carte multi-courses Lavey-les-Bains-St-Maurice de 7 fr. 20 et des frais d'entrées supplémentaires aux bains de 40 fr..

10. L'assurance conclut au rejet de la demande. Se référant à l'avis de son médecin-conseil, elle relève que les 12 cures précédentes ont soulagé de manière temporaire la patiente. Elles n'ont cependant eu aucun effet thérapeutique à moyen, voire long terme. La prise en charge d'une cure annuelle ne paraissait pas appropriée.
11. L'assurée a répliqué en exposant que dans la mesure où les critères de l'art. 32 LAMal étaient réunis, qui étaient les mêmes que ceux figurant à l'art. 6 CGA et 3 CS, elle persistait dans sa demande.
12. Sur question écrite de la Cour, le Dr A _____ a indiqué que la cure thermique de 2010 avait permis de diminuer les prescriptions d'antalgiques et le nombre des consultations. Elle avait très clairement permis d'apporter une amélioration plus durable que des séances de physiothérapie dispensées au singulier. Le Dr E _____ a répondu qu'à la suite de la cure, la patiente avait pu se passer de traitement complémentaire de physiothérapie. L'amélioration avait été nettement plus durable qu'au décours des séances de physiothérapie dispensées au singulier. En outre, la prise de médicament avait été réduite et était désormais ponctuelle. S'était cependant rajouté un problème de bursite du pied gauche pour lequel elle était suivie par le Dr F _____, orthopédiste. Lui-même n'avait plus revu la patiente depuis le 21 septembre 2010.
13. Ces réponses ont été transmises aux parties, qui ont chacune persisté dans leurs conclusions. L'assurance a produit le détail des frais médicaux de la demanderesse (consultations de médecins, médicaments, physiothérapie) de 2007 à juin 2011, dont elle conclut que le nombre de consultations et de médicaments après les cures n'a jamais diminué. Par ailleurs, selon elle, la diminution des séances de physiothérapie après la cure de 2010 était indépendante de celle-ci.
14. Les déterminations respectives des parties leur ont été transmises et celles-ci informées, par courrier du 8 novembre 2011, que la cause était gardée à juger.

* * *

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 et let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal, relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA; RS 221.229.1).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

Dans un arrêt de principe du 31 mai 2011, la Chambre des assurances sociales a retenu que les litiges de l'assurance-maladie complémentaire n'étaient pas soumis à une tentative obligatoire de conciliation (ATAS/577/2011).

La procédure simplifiée s'applique (art. 243 al. 2 let. f CPC) et la Cour établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC).

2. Le litige porte sur la prise en charge par l'assureur maladie complémentaire "Hospita demi-privée" des frais d'une cure thermale effectuée par la demanderesse durant trois semaines à Lavey-les-Bains en novembre 2010. La défenderesse soutient, d'une part, que la cure n'était pas médicalement indiquée et, d'autre part, qu'à défaut d'accord préalable de sa part, elle ne peut être tenue à prestation.
 - a) S'agissant de cette seconde condition, il convient de relever que l'art. 13 des CS prévoit, certes, que la cure thermale doit être autorisée au préalable. Contrairement à ce que fait valoir cependant l'assurance, son refus préalable ne saurait justifier à lui seul sa position. En effet, il suffirait, à la suivre, que l'assurance refuse systématiquement toute prestation en cas de cure pour vider la disposition et ainsi, partiellement, la couverture d'assurance de sa substance. Cela ne peut correspondre à l'intention des parties. Au contraire, le texte de l'art. 13 CS ne peut de bonne foi, selon le principe de la confiance (art. 2 CC; cf. au sujet de cette notion ATF 132 V 292 consid. 3.2.1; 129 III 122 consid. 2.5), qu'être compris comme l'obligation de demander l'accord de la défenderesse - comme l'a fait, au demeurant, la demanderesse - avant de se rendre à la cure et non après celle-ci. Par ailleurs, l'art. 13 CS doit être lu à la lumière des CGA, singulièrement de leur art. 6, et de l'art. 3 CS, qui reprend l'art. 6 CGA. Ces dispositions posent le principe que l'assurance prend en charge les frais de traitement et les mesures préventives appropriés et économiques s'ils sont efficaces. Partant, le refus préalable de prise en charge n'est justifié que lorsque ces trois critères - outre ceux, non litigieux en l'espèce, postulés à l'art. 13 CGA - ne sont pas remplis. L'assurance a d'ailleurs expliqué son refus par le fait que les critères médicaux, soit le caractère approprié de la mesure (cf. consid. 2b ci-après), n'étaient pas remplis. Ainsi, l'accord préalable à la prise en charge n'est pas purement potestatif, comme le fait valoir l'assurance, mais est conditionné aux

exigences qu'elle a elle-même posées. En cas de refus injustifié, l'assurée peut donc déduire son droit en justice.

Enfin, la défenderesse ayant refusé son accord préalable à la prise en charge de la cure, l'assurée pouvait soit agir en exécution et reporter sa cure, soit agir en dommages et intérêts occasionnés par le refus (art. 97 CO), hypothèse qu'elle a choisie en l'espèce. Le moyen tiré de l'absence d'accord préalable n'est donc pas fondé.

- b) Il convient ainsi d'examiner si l'assurance est tenue à prestation.
- ba) L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 LAMal en tenant compte des conditions énoncées aux art. 32 à 34 LAMal (art. 24 LAMal). L'art. 25 al. 1 LAMal précise que l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations servant à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. Ces prestations comprennent notamment une participation aux frais des cures balnéaires prescrites par un médecin (art. 25 al. 2 let. c LAMal; cf. également art. 25 de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins du 29 septembre 1995, OPAS). En vertu de l'art. 32 al. 1 LAMal, les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques. Ces trois conditions sont reprises à l'art. 6 des CGA et à l'art. 3 des CS de la défenderesse; la jurisprudence y relative peut servir à interpréter ces notions.

Selon la jurisprudence constante, une prestation est efficace lorsque l'on peut objectivement en attendre le résultat thérapeutique visé par le traitement de la maladie, à savoir la suppression la plus complète possible de l'atteinte à la santé somatique ou psychique (ATF 128 V 165 consid. 5c/aa; RAMA 2000 KV 132 p. 281, consid. 2b). La question du caractère approprié d'une prestation s'apprécie en fonction du bénéfice diagnostique ou thérapeutique, de l'application dans le cas particulier, en tenant compte des risques qui y sont liés au regard du but thérapeutique (ATF 127 V 146 consid. 5). Le caractère approprié relève en principe de critères médicaux et se confond avec la question de l'indication médicale : lorsque l'indication médicale est clairement établie, le caractère approprié de la prestation l'est également (ATF 125 V 99 consid. 4a; RAMA 2000 KV 132, p. 282 consid. 2c).

- bb) Il n'est pas contesté que la cure thermale de 2010 a été prescrite par un médecin. La diminution des séances de physiothérapie après la cure est manifeste, puisque, selon les relevés produits par l'assurance, la demanderesse a pu se passer de physiothérapie depuis lors. Le Dr B_____ a noté la nette diminution des points fibromyalgiques (16/18 à l'entrée, 6/18 à la sortie). Les Dr A_____ et E_____ ont relevé que la cure avait "très clairement" permis d'apporter une amélioration plus durable que des séances de physiothérapie dispensées au

singulier, respectivement qu'à la suite de la cure la patiente avait pu se passer de traitement complémentaire de physiothérapie. Contrairement à ce que soutient la défenderesse, il n'apparaît pas que l'évolution favorable s'agissant de la nécessité de physiothérapie soit indépendante de la cure. Au contraire, le Dr C _____ met le fait que sa patiente a pu se passer de physiothérapie en relation avec le bénéfice de la cure, relevant que le bénéfice de celle-ci a été nettement plus durable qu'au décours des séances dispensées au singulier. Le Dr A _____ estime également que ce bénéfice est "très clair" et qu'il s'est "sans aucun doute" traduit par la diminution des séances de physiothérapie, notamment. La Cour retient donc, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, que l'amélioration de l'état de santé de la demanderesse, qui s'est traduite par l'absence de nécessité de physiothérapie depuis lors, est due aux bénéfices de la cure thermale.

Le Dr C _____ a précisé que sa patiente souffrait d'une bursite au pied gauche. Cet élément peut, en partie, expliquer les consultations médicales et l'achat de médicaments après la cure. Cela étant, sur une période comparable (décembre à octobre), la demanderesse a présenté 14 factures de médicaments de décembre 2009 à octobre 2010, alors qu'elles ont été au nombre de 8 pour la période de décembre 2010 à octobre 2011. La réduction du nombre de factures de médicaments et de leur montant total (environ 1'640 fr. en 2009/2010 et 1'240 fr. en 2010/2011) est également indéniable. Il en va de même des consultations médicales, dont le nombre de factures passe de 16 à 10 et le montant d'environ 2'400 fr. à environ 1'350 fr. pour les périodes précitées.

Force est donc de constater, au vu des indications des Drs A _____ et C _____ ainsi que des relevés des frais médicaux de la demanderesse, que la cure thermale 2010 a été une mesure appropriée et justifiée du point de vue médical. Il n'y a pas de motif de s'écarter des conclusions de ces deux médecins quant aux bénéfices de la cure thermale. En effet, les médecins précités ont pu objectiver l'influence positive de la cure sur l'état de santé de la demanderesse.

Enfin, s'il est évident que la cure thermale n'a pas pu guérir la patiente du mal chronique dont elle souffre, elle a indéniablement apporté une amélioration plus durable que des séances de physiothérapie dispensées au singulier. L'efficacité de la cure en question est donc également établie puisqu'elle s'est traduite par une amélioration durable - bien que non définitive - et notable de sa qualité de vie. Les observations générales du Dr LOB, médecin-conseil de l'assurance, sont en l'espèce contredites par l'évolution par l'amélioration durable qui s'est réalisée concrètement.

A l'évidence, la condition de l'économicité est également réalisée, puisque la demanderesse a pu se passer de séances de physiothérapie depuis lors et que ses frais médicaux ont diminué.

Au vu de ce qui précède, la Cour de céans considère que la cure thermale effectuée par la demanderesse sur prescription de son médecin traitant, qui la suit depuis plusieurs années et est, comme le Dr C_____ d'ailleurs, bien mieux placé que le médecin-conseil de la défenderesse pour apprécier l'évolution clinique de la patiente à la suite de la cure thermale litigieuse (cf. ATF 15 janvier 2003 K 37/02 et ATAS 943/2008 du 27 août 2008), constitue un traitement approprié, économique et efficace au sens de l'art. 6 CGA et de l'art. 3 CS.

- bc) Les autres conditions à la prise en charge des frais de la cure ne sont pas contestées et, au demeurant, remplies. Partant, la défenderesse est tenue de verser les frais effectifs de la demanderesse, mais au maximum 60 fr. par jour, soit 1'200 fr. (20 jours x 60 fr.), sous déduction de la somme de 200 fr. déjà versée, au titre de l'assurance obligatoire.

La facture du Grand Hôtel des Bains s'élève à 1'078 fr. 50 et couvre le logement et le petit déjeuner. La demanderesse produit des factures de restaurant (36 fr. 30, 41 fr. 50 et 54 fr. 10 (qui se rapportent à deux personnes)), d'achats alimentaires (58 fr.60, 42 fr. 40, 27 fr. 05, 28 fr. 85, 7 fr. 20) ainsi qu'une carte multi-courses Lavey-les-Bains-St-Maurice de 7 fr. 20 et 40 fr. de frais d'entrées supplémentaires. Ses prétentions s'élèvent au total à 1'373 fr. 70, sous déduction de 200 fr.

Selon l'art. 13 CS, les frais de séjour sont couverts à hauteur de 60 fr. par jour. Le contrat ne contient pas de définition des frais de séjour. Toutefois, selon le principe de la confiance, l'assurée pouvait et devait comprendre que les frais de séjour comportent uniquement les frais engendrés directement par la cure, à savoir les frais de logement et de bouche. Les autres frais, soit les entrées supplémentaires aux bains ainsi que la carte multi-courses, dont il n'est pas allégué ni a fortiori démontré qu'elle soit justifiée par des déplacements du lieu de séjour aux bains thermaux, doivent ainsi être écartés des frais de séjour. Partant, le montant dû par la défenderesse, au titre de l'assurance complémentaires, se monte à 1'126 fr. 50 fr. (1'078 fr. 50 + 36 fr. 30 + 20 fr. 75 + 27 fr. 05 + 58 fr. 60 + 42 fr. 20 + 27 fr. 05 + 28 fr. 85 + 7 fr. 20 - 200 fr.). La demande est ainsi bien fondée à concurrence de ce montant. Celui-ci porte l'intérêt légal de 5% (art. 104 CO) à partir du 17 février 2011, date de l'expédition de la demande, aucune mise en demeure n'étant intervenue avant cette date (art. 102 CO).

3. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 114 let. e CPC). La demanderesse, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de 1'000 fr. à titre de dépens (art. 16, 17 et 18 LaCC; art. 84 et 85 Règlement fixant le tarif des frais en matière civile, RS/GE E 1 05.10).

* * *

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare la demande recevable.

Au fond :

2. Condamne SWICA ORGANISATION DE SANTÉ à verser à U_____ la somme de 1'126 fr. 50 avec intérêts à 5% à compter du 17 février 2011.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Condamne SWICA ORGANISATION DE SANTÉ à verser à U_____ la somme de 1'000 fr. à titre de dépens.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière civile auprès du Tribunal fédéral (av. du Tribunal fédéral 29, case postale, 1000 Lausanne 14), conformément aux art. 72 ss LTF. Selon l'art. 74 LTF, dans les affaires pécuniaires, le recours n'est recevable que si la valeur litigieuse s'élève au moins à 30'000 francs (al. 1). Même lorsque la valeur litigieuse n'est pas atteinte, le recours est recevable si la contestation soulève une question juridique de principe (al. 2). 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, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Maryse BRIAND

Florence KRAUSKOPF

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