

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Jugement du 8 août 2011

Présidence de Mme RÖTHENBACHER, juge unique
Greffier : M. d'Eggis

Cause pendante entre :

H._____, à Pully, demandeur,

et

Z._____ **SA**, à Martigny, défenderesse,

Art. 12 al. 3 LAMal; 33 LCA; 18 CO

E n f a i t :

A. En 2009, H._____ a été assuré auprès de Z._____ SA pour l'assurance obligatoire des soins pour la maladie (catégorie AH) et pour une assurance complémentaire Global Solution (catégorie GO), niveau 3, avec une échéance au 31 décembre 2011, prolongée tacitement.

Selon les conditions générales pour les assurances maladie et accidents complémentaires (ci-après : CGC), le contrat d'assurance est régi par les prescriptions de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (ci-après : LCA) (art. 1 ch. 1 CGC). La proposition d'assurance, la police d'assurance, les conditions générales, les conditions particulières ainsi que les éventuelles conventions particulières constituent les bases du contrat d'assurance (art. 1 ch. 2 CGC). L'assurance couvre principalement les conséquences économiques de la maladie, de la maternité et de l'accident (art. 2 première phrase). Par maladie, on entend toute atteinte à la santé physique ou mentale qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail (art. 3 ch. 1 CGC). En ce qui concerne l'exclusion de prestations, l'art. 18 ch. 1 let. g CGC prévoit qu'il n'y a pas de couverture d'assurance pour les coûts d'un traitement inefficace, inadéquat ou non économique. Par non économique, on entend la mesure médicale qui ne se limite pas à l'intérêt de l'assuré et n'est pas conforme au but du traitement. L'efficacité doit être prouvée par des méthodes scientifiques.

Aux termes des conditions particulières de l'assurance complémentaire Global Solution (catégorie GO), dont les dispositions sont régies par les CGC, édition du 1^{er} juillet 2000, selon la LCA, les prestations sont octroyées en cas de maladie, d'accident et de maternité (art. 2). Dans la liste des prestations assurées figurent les médecines alternatives, à raison de 90 % pour le niveau 3, selon une liste comprenant notamment acupuncture, auriculothérapie, électroacupuncture, naturopathie, phytothérapie et ventouses (art. 5.1).

Z._____ SA a interpellé A._____, du X._____ Institut, médecine traditionnelle chinoise. Cet institut a répondu le 18 juin 2009 que l'assuré avait commencé le 12 janvier 2009 un traitement de 16 séances pour divers troubles, qu'après traitement la douleur au dos avait disparu, les douleurs au thorax et lombes étaient bien moindres ("beaucoup moins"), le sommeil allait mieux, les troubles digestifs étaient moins forts, enfin que l'assuré sentait moins la fatigue et le stress. A la question : "Sur la base de son état de santé actuel, d'autres traitements sont-ils encore nécessaires?", le X._____ Institut a répondu : "Je ne sais pas, mais je lui souhaite bonne santé".

Par lettre du 3 août 2009, Z._____ SA a rappelé à l'assuré qu'elle intervient "pour répondre des conséquences économiques de la maladie, de la maternité et de l'accident. Par contre, les thérapies de bien-être, de confort, d'entretien voire de soutien font partie de la prévention et ne remplissent pas les critères précités". L'assureur a considéré que la prise en charge des frais du traitement de médecine alternative n'était plus justifiée puisque, selon le thérapeute, elle n'était plus nécessaire au vu de l'état de santé de l'assuré.

L'assuré a adressé à Z._____ SA une facture établie le 17 septembre 2009 par X._____ Institut d'un montant de 910 fr. pour sept séances d'acupuncture et de massage effectuées entre le 29 août et le 17 septembre 2009.

Dans un certificat médical du 19 novembre 2009, le Dr M._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a exposé ce qui suit :

"Ce patient, âgé de 51 ans, présente des lombalgies basses depuis de nombreuses années. Un bilan complet avait été réalisé en 2005 par un CT-scan mettant en évidence une hernie discale L4-L5 foraminale et extra-foramirale gauche ainsi qu'une protusion discale L5-S1. Un traitement antalgique a été instauré avec traitement physiothérapeutique. Dans un deuxième temps, des infiltrations localisées ont été pratiquées par le Dr [...], neurochirurgien. Depuis lors, un traitement conservateur a donc pu

être instauré permettant de maintenir la situation confortable. Aucun trouble neurologique n'a été mis en évidence.

Parallèlement, le patient a été opéré en mars 2006 d'une déchirure du ménisque interne dont l'évolution s'est révélée satisfaisante."

Après avoir soumis le cas au Dr D._____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin conseil, Z._____ SA a écrit le 11 janvier 2010 à l'assuré qu'après réexamen du dossier, aucun élément nouveau ne lui permettait de modifier le refus de prise en charge du traitement de médecine alternative.

B. Par acte du 24 février 2010, H._____ a conclu au paiement par Z._____ SA de la facture de 910 fr. "de 2009 (...) et les factures ultérieures". A l'appui de sa demande, l'assuré soutient que les soins seraient toujours nécessaires, mais qu'il les a arrêtés pour cause de refus de prise en charge alors que le thérapeute lui en a confirmé la nécessité. Il a produit des pièces, dont on fera état ci-dessous dans la mesure où elles sont nouvelles.

Une nouvelle attestation établie le 9 février 2010 par A._____ indique que le traitement auprès du X._____ Institut a compris des méthodes d'acupuncture, de massage tuina, d'électrothérapie et de lampe magnétique, la pose de ventouses, enfin la phytothérapie, en précisant qu'après les traitements, la douleur était soulagée, mais que le patient avait eu une nouvelle crise.

Deux ordonnances médicales ont été délivrées les 18 mars et 11 avril 2010 par le Centre médico-chirurgical de Vidy chacune pour six séances d'acupuncture.

Par certificat médical du 31 mai 2010, le Dr P._____, généraliste FMH, a attesté ce qui suit :

"H._____ a présenté diverses douleurs somatiques, dont notamment des douleurs lombaires qui ont nécessité une prise en

charge orthopédique spécialisée (Dr M._____), ainsi que des infiltrations localisées (Dr [...]), permettant un certain soulagement. Dans le courant des derniers mois, H._____ m'a informé qu'il avait recours à la médecine chinoise pour ses douleurs au rachis, et que cette approche donnait de bons résultats, avec une bonne action sur ses douleurs pour une durée de 3 à 4 mois. Il m'a d'ailleurs demandé une ordonnance pour des séances d'acupuncture, que j'ai accepté de faire le 11 avril dernier (6 séances), au vu du soulagement obtenu par ce traitement, et bien que je n'aie pas la compétence pour juger de l'indication d'un traitement de médecine chinoise.

Je tiens à préciser que H._____ présente des douleurs du rachis réelle, et qui ont pu être objectivées médicalement, sans que je n'aie pu entrevoir qu'il demandait un traitement de médecine chinoise pour des soins de confort.

Je pense que H._____ ressent aujourd'hui un manque de reconnaissance concernant la véracité des douleurs présentées, ce d'autant plus qu'il a toujours tenu à poursuivre son activité professionnelle, sans rechercher qu'il lui soit prescrit d'arrêt de travail."

Dans sa détermination du 31 mai 2010, le demandeur s'est référé aux pièces produites.

E n d r o i t :

1. Le contrat d'assurance litigieux relève du droit privé. Il est soumis à la législation civile fédérale, notamment à la LCA (loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance; RS 221.229.1), et non pas à la législation de droit public sur l'assurance-maladie sociale (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, RS 832.10).

Le 20 mai 1996, le Grand Conseil avait adopté le Décret relatif à l'attribution au Tribunal cantonal des assurances de la compétence du contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie (DTAs-AM; ancienne référence RSV: 173.431). Cela visait, précisément, les assurances complémentaires selon la LCA telles que l'assurance Global Solution (GO) de la défenderesse. Après que la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a remplacé, le 1er janvier 2009, l'ancien Tribunal des assurances, le décret de 1996, toujours en vigueur, a été

interprété dans le sens que cette Cour du Tribunal cantonal était compétente pour traiter ce contentieux, en appliquant sur le plan formel les règles de procédure administrative (cf. JT 2009 III 106).

Le 16 décembre 2009, le Grand Conseil a adopté le Décret abrogeant celui du 20 mai 1996 relatif à l'attribution au Tribunal cantonal des assurances de la compétence du contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie. Ce nouveau décret, qui a pour seul objet d'abroger le décret de 1996, est entré en vigueur le 1er janvier 2011. Ainsi, depuis le 1er janvier 2011 dans le canton de Vaud, les contestations de droit privé qui s'élèvent entre les entreprises d'assurance et les assurés sont dans la compétence du juge ordinaire (cf. art. 85 al. 1 LSA [Loi fédérale du 17 décembre 2004 sur la surveillance des entreprises d'assurance, RS 961.01]) et la législation de procédure civile s'applique.

Néanmoins, les anciennes règles de compétence et de procédure s'appliquent lorsque la demande a été introduite avant le 1er janvier 2011 (cf. art. 404 CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272]). Tel est le cas en l'espèce. Il appartient donc à la Cour de céans de statuer.

Dès lors que s'appliquent les règles de procédure administrative – en l'occurrence les règles pertinentes pour la Cour des assurances sociales, lorsqu'elle statue dans le cadre d'une action de droit administratif, par exemple en matière de prévoyance professionnelle (cf. art. 73 LPP [Loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité, RS 831.40], art. 106 ss LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36]) –, la composition de l'autorité juridictionnelle est fixée à l'art. 94 LPA-VD, par renvoi de l'art. 109 al. 1 LPA-VD. En l'espèce, comme la valeur litigieuse est inférieure à 30'000 fr., il incombe à un membre de la Cour des assurances sociales de statuer en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) 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 (ATF 124 V 201; cf. Viret, Droit des assurances privées, 2ème éd., Zurich 1985, pp. 19ss.). 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).

En l'espèce, les CGC déclarent expressément applicables les dispositions de la LCA, sous réserve des dérogations contractuelles. Il faut donc examiner les prétentions de l'assuré sur la base des CGC et de la LCA.

b) 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 que, lorsqu'il s'agit de déterminer le contenu d'un contrat d'assurance et des conditions générales qui en font partie intégrante, le juge doit, comme pour tout autre contrat, recourir en premier lieu à l'interprétation dite subjective, c'est-à-dire rechercher la "réelle et commune intention des parties", le cas échéant empiriquement, sur la base d'indices (art. 18 al. 1 CO). S'il y parvient, il s'agit d'une constatation de fait (ATF 131 III 606 consid. 4.1; 129 III 664 consid. 3.1 et

les arrêts cités). S'il ne parvient pas à établir avec sûreté cette volonté effective, ou s'il constate que l'un des cocontractants n'a pas compris la volonté réelle exprimée par l'autre, il recherchera le sens que les parties pouvaient et devaient donner, selon les règles de la bonne foi, à leurs manifestations de volonté réciproques en fonction de l'ensemble des circonstances, étant rappelé que ce principe permet d'imputer à une partie le sens objectif de sa déclaration ou de son comportement, même s'il ne correspond pas à sa volonté intime (application du principe de la confiance; ATF 132 III 268 consid. 2.3.2; 130 III 686 consid. 4.3.1; 122 III 118 consid. 2a; 118 II 342 consid. 1a; 112 II 245 consid. c p. 253-254 et les références).

Même si la teneur d'une clause contractuelle paraît claire à première vue, il peut résulter d'autres conditions du contrat, du but poursuivi par les parties ou d'autres circonstances que son texte ne restitue pas le sens de l'accord conclu; cependant, il n'y a pas lieu de s'écarter du sens littéral lorsqu'il n'y a pas de raisons sérieuses de penser qu'il ne correspond pas à leur volonté (cf. ATF 136 III 186 consid. 3.2.1 p. 188; 135 III 295 consid. 5.2 p. 302; 133 III 61 consid. 2.2.1, 675 consid. 3.3 p. 681 s).

c) 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.

Cette disposition concrétise l'adage "in dubio contra stipulatorem" qui veut que, de façon subsidiaire, soit lorsqu'il subsiste un doute sur le sens de dispositions rédigées par l'assureur, ainsi dans les conditions générales préformulées, celles-ci sont à interpréter en défaveur de leur auteur ("Unklarheitsregel"; ATF 122 III 118 consid. 2a; 119 II 368 consid. 4b; 118 II 342 consid. 1a). Selon la jurisprudence et la doctrine, pour que cette règle trouve à s'appliquer, il ne suffit pas que les parties soient en litige sur la signification à donner à une déclaration; encore faut-

il que celle-ci puisse être comprise de différentes façons ("zweideutig") et qu'il soit impossible de lever le doute créé par les moyens d'une interprétation ordinaire (ATF 122 III 118 consid. 2d; 118 II 342 consid. 1a p. 344; 100 II 144 consid. 4c; 99 II 290 consid. 5).

d) En l'espèce, les prestations de l'assurance complémentaire Global solution sont octroyées notamment en cas de maladie (art. 2 CGC), laquelle est définie comme une atteinte à la santé exigeant notamment un traitement médical ou provoque une incapacité de travail (art. 3 ch. 1 CGC).

L'interprétation de la volonté des parties, en application de l'art. 18 CO, permet de retenir que la clause litigieuse est claire et dépourvue d'ambiguïté. Il n'y a donc pas lieu d'appliquer la règle complémentaire d'interprétation "in dubio contra stipulatorem".

La défenderesse ne conteste pas que les soins prodigués par A._____, du X._____ Institut, sont couverts par l'assurance complémentaire, en application de l'art. 5.1 CGC. Elle rappelle du reste avoir pris en charge le traitement de médecine chinoise à raison de 16 séances entre janvier et mai 2009. Le demandeur estime que la défenderesse devrait poursuivre la prise en charge de ce traitement.

L'assuré demande toutefois le remboursement d'une facture du 17 septembre 2009 pour des soins prodigués entre le 29 août et le 17 septembre 2009. Or, le 18 juin 2009, le X._____ Institut a répondu qu'il ne savait pas si d'autres traitements étaient alors encore nécessaires sur la base de l'état de santé de l'assuré. Ce dernier n'a produit, pour la période couverte par la facture du 17 septembre 2009, aucun certificat attestant la nécessité d'exécuter les séances en cause en raison d'une maladie. Faute d'indication médicale, le demandeur ne saurait dès lors exiger le remboursement des soins pendant la période considérée. Dans sa lettre du 3 août 2009, la défenderesse avait prévenu l'assuré que le thérapeute du X._____ Institut avait annoncé au médecin-conseil de l'assurance que son état de santé ne nécessitait plus de séance, si bien

que la prise en charge de nouvelles séances n'était plus justifiée. C'est dès lors à juste titre que la défenderesse a refusé de rembourser les coûts y afférents.

En ce qui concerne les factures ultérieures, il n'y a pas lieu de statuer sur leur prise en charge au titre de l'assurance complémentaire, faute de conclusions à ce sujet. Il appartient à l'assuré de présenter les factures relatives au traitement suivi avec leur justification médicale, notamment les ordonnances des 18 mars et 11 avril 2010, à la défenderesse et d'attendre la prise de position de celle-ci.

3. Il ne sera pas perçu de frais de justice, la procédure étant gratuite pour les parties (cf. ancien art. 85 al. 3 LSA [loi fédérale sur la surveillance des entreprises d'assurance du 17 décembre 2004, RS 961.01] en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 et abrogé lors de l'entrée en vigueur du CPC au 1er janvier 2011).

Par ailleurs, le demandeur, non assisté, succombe et ne peut donc pas prétendre à des dépens.

**Par ces motifs,
le juge unique
prononce :**

I. La demande déposée le 24 février 2010 par H._____ est rejetée.

II. Le jugement est rendu sans frais ni dépens.

Le juge unique :

Le greffier :

Du

Le jugement qui précède est notifié à :

- M. H. _____,
- Z. _____ SA,

par l'envoi de photocopies.

Un recours au sens des art. 319 ss CPC peut être formé dans un délai de 30 jours dès la notification de la présente décision en déposant au greffe du Tribunal cantonal un mémoire écrit et motivé. La décision objet du recours doit être jointe.

Le greffier :