

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Jugement du 21 mars 2011

Présidence de Mme BRÉLAZ BRAILLARD, juge unique
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

Q._____, à Nyon, demanderesse, représentée par Me Anne-Sylvie Dupont, avocate à Lausanne,

et

N._____ **SA**, à [...], défenderesse.

Art. 12 al. 3 LAMal; 33 LCA

E n f a i t :

A. Q. _____ (l'assurée), née en 1951, était, en 2007, assurée auprès de N. _____ SA pour l'assurance obligatoire des soins (assurance de base); elle était en outre, notamment, au bénéfice des couvertures d'assurances complémentaires X. _____ et hospitalisation R. _____ en division privée (R. _____ 1).

Les conditions générales d'assurance (CGA) applicables aux assurances complémentaires des soins (contrat d'assurance) étaient celles de l'édition de 2007; les conditions complémentaires d'assurance (CCA) pour l'assurance X. _____ et pour l'assurance-hospitalisation R. _____ étaient celles de 1997.

Sur prescription du 13 juin 2007 du Dr P. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, Q. _____ a effectué une cure thermale du 15 au 28 juillet 2007 aux bains de B. _____, en raison d'un important problème d'arthrose et de persistance de douleurs au genou droit, pour lequel elle venait de subir un nettoyage articulaire, une méniscectomie externe et une chondrectomie.

Q. _____ a reçu deux factures de 644 fr. 50 et 570 fr. 50 concernant ses frais de séjour pour les deux semaines effectuées dans cet établissement.

Chaque année, depuis 2002, N. _____ SA avait assumé les coûts d'une cure identique en milieu stationnaire, en raison de l'état de santé de l'assurée.

En 2007 pourtant, suivant l'avis de son médecin-conseil, le Dr U. _____, spécialiste FMH en chirurgie, N. _____ SA a refusé la prise en charge de cette cure en milieu stationnaire, au motif que les possibilités ambulatoires n'avaient pas été épuisées. L'assureur s'est en revanche acquitté d'un montant de 1'075 fr. 35 au titre de l'assurance obligatoire

des soins (assurance de base) concernant le traitement de physiothérapie, dont avait bénéficié Q. _____ dans ce cadre.

B. Le 9 août 2007, l'assurée a également subi une intervention chirurgicale à la Clinique de S. _____, sous forme de libération du tunnel carpien et neurolyse du nerf médian à ciel ouvert, pour laquelle elle a été hospitalisée durant deux jours.

Préalablement à cette hospitalisation, N. _____ SA a reçu un rapport médical du 11 juillet 2007 du Dr P. _____ indiquant le diagnostic, le type d'opération prévue et la durée du séjour.

Suivant l'avis de l'un de ses médecins conseils, le Dr D. _____, N. _____ SA a refusé, par courrier du 27 juillet 2007, la prise en charge de cette intervention en milieu stationnaire, l'admettant pour une opération en ambulatoire. Malgré les explications complémentaires du chirurgien de l'assurée du 3 août 2007, sur avis du Dr U. _____, N. _____ SA a maintenu son refus d'intervenir.

A la suite de cette intervention, l'assurée a reçu une note d'honoraires du Dr P. _____ d'un montant de 1'500 fr., ainsi qu'une facture de la clinique de S. _____ de 4'992 fr. 20.

Mandatée par l'assurée, Me Anne-Sylvie Dupont a demandé, par le biais de différents courriers, à N. _____ SA, de reconsidérer sa position, ce que l'assureur a refusé.

C. Une demande a été déposée au greffe du Tribunal des assurances le 4 juillet 2008 par l'assurée, réclamant à N. _____ SA les montants de 6'492 fr. 20 et 1'215 fr., intérêts en sus à 5% l'an dès le 3 juillet 2008 (date de l'écriture). Elle a produit un bordereau de pièces.

Dans sa réponse du 29 septembre 2008, s'agissant de la prise en charge de la cure en milieu stationnaire, N. _____ SA se prévalait de l'art. 5 des CCA de son assurance complémentaire X. _____ et 10 des

CCA de l'assurance hospitalisation complémentaire R._____, selon lesquels les prestations sont accordées si la cure a été précédée d'un traitement intensif, approprié et reconnu scientifiquement ou si un tel traitement ambulatoire ne peut être appliqué. L'assureur évoquait encore l'art. 29 des CGA relatives aux assurances complémentaires des soins, qui 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 la date du début de la cure. S'agissant de l'intervention chirurgicale, l'assureur opposait l'art 6.1 CCA de l'assurance-hospitalisation R._____ qui prévoit que les prestations hospitalières sont accordées si, en considération du diagnostic et du traitement médical dans son ensemble, il y a une nécessité de séjourner dans un hôpital de soins aigus. Se fondant sur différents avis du Dr U._____, en particulier celui du 15 septembre 2008, N._____ SA contestait qu'il existe des raisons médicales suffisantes justifiant la nécessité d'une hospitalisation dans le cas de la demanderesse.

La cause est traitée depuis le 1^{er} janvier 2009 par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui a succédé au Tribunal des assurances.

Dans sa réplique déposée au greffe le 5 février 2009, la demanderesse réclamait à titre de mesures d'instruction complémentaire la production de toutes pièces établissant la prise en charge de cures thermales à B._____ antérieurement à 2007, ainsi que l'audition du Dr P._____, tout en confirmant les conclusions de sa demande.

Par acte du 2 mars 2009, N._____ SA maintenait ses conclusions. Elle a produit le relevé des cures thermales prises en charge depuis 2002 et des traitements de physiothérapie ambulatoire dont elle a assumé les frais.

Le 8 mai 2009, le juge instructeur a fait suite à la demande de la demanderesse d'auditionner les Drs P._____ et H._____, médecins

traitants, afin qu'ils complètent leur avis s'agissant tant de la cure que de l'intervention chirurgicale.

Le Dr P._____ s'est déterminé sur les questions posées, dans un rapport du 25 mars 2010. Il a, à cet égard, confirmé avoir prescrit le 13 juin 2007, une cure en raison des problèmes arthrosiques de sa patiente (cervico-dorsaux, du genou gauche et du pied gauche) et la nécessité de l'effectuer en milieu stationnaire, compte tenu du traitement quotidien. S'agissant de l'intervention chirurgicale, il a justifié l'hospitalisation de sa patiente, en raison de son état général et de ses multiples problèmes liés à l'appareil locomoteur nécessitant une prise en charge personnalisée, compte tenu des inévitables répercussions professionnelles et psychiques. Il a également relevé que s'agissant d'une intervention sous anesthésie générale pratiquée en milieu d'après-midi, un retour à domicile immédiatement après l'opération n'était pas envisageable.

Quant au Dr H._____, spécialiste FMH en médecine générale, il attestait également, le 18 mars 2010, de la nécessité de pratiquer la cure en milieu stationnaire ayant constaté le peu de bénéfice tiré des séances de physiothérapie pratiquées en ambulatoire, concernant la durée des effets et du bénéfice antalgique. S'agissant de l'intervention, il justifiait la nécessité de la pratiquer dans le cadre d'une hospitalisation, en raison de la persistance de douleur au niveau du genou droit, dont l'intéressée venait de se faire opérer deux mois auparavant avec troubles de la marche et risque de chute à répétition. Il évoquait également des raisons sociales, dès lors que cette hospitalisation permettait à la demanderesse de s'éloigner d'une situation difficile, stressante et extrêmement fatigante, compte tenu de l'âge et de l'état de santé de son mari.

A réception de ces rapports, la demanderesse a confirmé, le 3 mai 2010, les conclusions de sa demande, tandis que N._____ SA se référant à son mémoire de réponse, maintenait, le 4 mai 2010, son refus de prise en charge, au motif que les derniers arguments du Dr P._____ devaient être examinés avec prudence, compte tenu de l'évolution des

informations médicales données par celui-ci; quant aux arguments développés par le Dr H. _____ pour justifier la prise en charge de la cure balnéaire ou celle de l'intervention du tunnel carpien, ils procédaient davantage de considérations de nature sociale plutôt que médicale.

Par acte du 25 mai 2010, la demanderesse a fait part de ses observations tout en maintenant implicitement ses conclusions.

E n d r o i t :

1. Conformément à l'art. 1 DTAs-AM (Décret 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, RSV 173.431), en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010, le présent litige relève de la compétence dudit tribunal, respectivement de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui lui a succédé à compter du 1^{er} janvier 2009 (art. 117 al. 1 LPA-VD [loi cantonale vaudoise sur la procédure administrative du 28 octobre 2008, RSV 173.36]).

Quant bien même il s'agit d'une cause civile, la procédure prévue aux arts.106 ss LPA-VD pour l'action de droit administratif est applicable. L'application de ces dispositions est en effet compatible avec le droit fédéral, imposant aux cantons de prévoir dans ce domaine une procédure simple et rapide dans laquelle le juge établit d'office les faits et apprécie librement les preuves (art. 85 al. 2 LSA [loi fédérale du 17 décembre 2004 sur la surveillance des entreprises d'assurance, RS 961.01], en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 et applicable en l'espèce, cf. art. 404 al. 1 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272]).

La valeur litigieuse étant inférieure à 30'000 fr., la cause, valablement introduite en la forme, est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD, par renvoi de l'art. 107 LPA-VD).

2. a) La présente contestation relève du contentieux en matière d'assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale. Le contrat d'assurance en cause n'est ainsi pas soumis à la LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, RS 832.10). S'agissant d'une assurance complémentaire au sens de l'art. 12 al. 2 LAMal, le contrat est régi par le droit des assurances privées, soit par la LCA (loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance, RS 221.229.1), conformément à l'art. 12 al. 3 LAMal.

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 du contrat d'assurance 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 (Brulhart, Droit des assurances privées, Berne 2008, pp. 120 ss).

Dans la pratique, les conditions d'assurance forment le contenu ordinaire et typique du contrat d'assurance; elles sont constituées de conditions générales (art. 3 al. 2 LCA) et de conditions particulières, lesquelles font partie intégrante du contrat (Brulhart, loc. cit.).

A teneur de l'art. 33 LCA, sauf disposition contraire de cette même 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, non équivoque.

b) Est essentiellement litigieuse dans la présente affaire, la prise en charge par N.____ SA des frais relatifs à un séjour de deux semaines effectué par Q.____, sur prescription médicale, aux bains de B.____, ainsi que des frais relatifs à une hospitalisation de deux jours à

la Clinique de S. _____ dans le cadre d'une intervention chirurgicale du tunnel carpien.

3. a) L'art. 29 des CGA relatives aux assurances complémentaires des soins, applicable au contrat, 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 et de la date du début de la cure.

L'art. 5.1 des CCA de l'assurance complémentaire X. _____ admet le versement, pendant 21 jours au maximum par année civile, d'un montant de 30 fr. par jour, en sus des frais couverts par l'assurance obligatoire des soins, pour une cure effectuée en milieu stationnaire, sur prescription médicale, dans une station thermale suisse dirigée par un médecin et correspondant à l'art. 40 LAMal. Le versement de ces prestations est conditionné au fait qu'un traitement intensif, approprié et reconnu scientifiquement ait précédé la cure et pour autant qu'un traitement identique ne puisse être appliqué ambulatoirement. Enfin, l'art. 10 des CCA de l'assurance-hospitalisation R. _____ 1, outre qu'il prévoit une indemnisation à hauteur de 70 fr. par jour dispose de conditions identiques de prise en charge.

Préalablement à la cure que la demanderesse a effectuée du 15 au 28 juillet 2007, le Dr P. _____ a adressé à N. _____ SA une ordonnance du 13 juin 2007, contenant toutes les indications prévues par l'art. 29 des CGA, soit le nom de l'établissement et les dates de la cure. Cette disposition ne conditionne nullement la prise en charge des frais prévus à l'art. 5.1 des CCA de l'assurance X. _____ à l'accord préalable de l'assureur, pas plus que l'art. 7 des CCA de l'assurance X. _____ ou l'art. 12 des CCA de l'assurance-hospitalisation R. _____. Dès lors, le fait que le médecin de la demanderesse n'ait transmis ses explications complémentaires au sujet de la cure, qu'après que celle-ci a été effectuée, ne justifie pas à lui seul le refus de prise en charge, les conditions préalables imposées par les CGA (art. 29) et les CCA (art. 7 X. _____ et 12 R. _____) ayant en l'occurrence été respectées par la demanderesse

à qui on ne saurait reprocher d'avoir violé ses obligations contractuelles (art. 32 des CGA relatives aux assurances complémentaires des soins).

Il n'est pas contesté que la cure, dont la prise en charge est litigieuse, remplit toutes les conditions de l'art. 5.1 des CCA de l'assurance X._____ ou 10.1 des CCA de l'assurance-hospitalisation R._____. L'assureur fonde donc essentiellement son refus sur le fait que, selon son médecin conseil, les thérapies nécessaires qui pouvaient être effectuées de manière ambulatoire n'avaient pas été épuisées. L'art. 5.2 de l'assurance X._____ dispose en effet, à l'instar de l'art 10.2 des CCA de l'assurance-hospitalisation R._____, que les prestations de l'assureur 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.

Aux termes de l'art. 30 LPA-VD, le juge établit, avec la collaboration des parties, les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. Il lui appartient d'examiner l'ensemble des moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, et décider s'ils permettent d'établir les faits pertinents, soit, si les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée, si le rapport médical a été établi sur la base d'examens complets, s'il prend en considération les plaintes exprimées, s'il a été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse) et si la description du contexte médical est claire et les conclusions bien motivées (ATF 125 V 351 c. 3a). Toutefois, le juge doit tenir compte avec prudence de l'opinion du médecin traitant, en raison du rapport de confiance qui le lie à son patient (ATF 125 V 351 c. 3b/cc). Il est néanmoins tenu d'examiner si son avis est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal ou par les organes de l'assurance (ATF 125 V 351 c. 3c).

Il ressort du premier rapport médical du Dr P._____ du 3 août 2007 que la cure thermique a été ordonnée pour améliorer la fonction articulaire, diminuer les douleurs et tenter de repousser l'échéance d'une

intervention chirurgicale plus importante, après nettoyage articulaire, méniscectomie externe et chondrectomie. Interpellé par le juge instructeur, le Dr P._____ a indiqué le 25 mars 2010 que malgré un traitement intensif de physiothérapie, les problèmes douloureux, en raison de ses problèmes arthrosiques (notamment cervico-dorsaux, du genou gauche et du pied gauche) ne se résolvaient pas. Le document produit par N._____ SA, relatif aux séances de physiothérapie ambulatoire prises en charge par l'assureur en 2007, atteste que la demanderesse avait déjà bénéficié de plusieurs traitements physiothérapeutiques ambulatoires postérieurement à son opération en 2007 et préalablement à la cure.

Le Dr H._____ a précisé, lors de son témoignage écrit du 18 mars 2010, que cette cure était nécessaire en raison de son efficacité durable et de son bénéfice d'un point de vue antalgique. Selon lui, les cures dont avait pu bénéficier la demanderesse les années précédentes lui avaient permis de poursuivre son activité de professeur de danse, surseoir au traitement de physiothérapie et réduire sa médication antalgique de manière durable.

Ces rapports sont convaincants, s'agissant de la cure thermale, dans la mesure où ils tiennent compte du contexte médical, de l'état général et global de la demanderesse déjà pris en considération lors de la prescription des cures antérieures et précisent les raisons de la nécessité du traitement ordonné.

Au contraire le médecin conseil n'a donné qu'un avis succinct le 8 août 2007, sur lequel s'est fondé l'assureur. Entre 2002 et 2006, N._____ SA avait pourtant admis la prise en charge de cures similaires, dont le Dr U._____ n'a pas tenu compte dans son appréciation, pas plus que dans son avis du 15 septembre 2008, à l'attention de l'assurance. Alors que le rapport du Dr G._____, spécialiste FMH en rhumatologie, médecine physique et réhabilitation, du 1^{er} mars 2002, - produit par la demanderesse - attestait déjà de diagnostics similaires, ayant justifié la prise en charge de précédentes cures, il n'explique pas en quoi celle ordonnée en 2007 aurait dû être considérée différemment, quand bien

même il est exact qu'il n'existe aucun droit acquis de la demanderesse à la prise en charge d'une telle cure annuellement.

Force est de surcroît de constater que la cure n'a été ordonnée qu'après l'intervention chirurgicale au genou droit, en raison de la persistance des douleurs, malgré les nombreuses séances de physiothérapie ordonnées. Les conditions des CCA X._____ ou R._____ apparaissent en conséquence remplies et les frais liés au séjour de la demanderesse dans l'établissement de B._____ du 15 au 28 juillet 2007 doivent être pris en charge par N._____ SA.

b) Concernant l'opération du tunnel carpien, N._____ SA, se fondant sur l'avis de son médecin-conseil, a considéré qu'elle était réalisable en ambulatoire et que dès lors, il n'existait aucune nécessité d'hospitaliser la demanderesse.

Selon l'art 6.1 des CCA de l'assurance-hospitalisation R._____, les prestations hospitalières sont accordées si, en considération du diagnostic et du traitement médical dans son ensemble, le séjour dans un hôpital de soins aigus est nécessaire.

Des avis médicaux des médecins conseils de N._____ SA (Dr D._____ du 25 juillet 2007, Dr U._____ du 7 août 2007 et 15 septembre 2008), à l'instar d'une littérature médicale abondante, il ressort qu'une opération du tunnel carpien se fait aujourd'hui généralement de manière ambulatoire, que ce soit par voie endoscopique ou à ciel ouvert et sous anesthésie locale ou locorégionale (seul le bras est endormi). Ce n'est que dans des cas tout à fait particuliers et exceptionnels qu'une hospitalisation peut s'avérer nécessaire.

Or, les médecins traitants de la demanderesse ne parviennent pas à justifier de manière convaincante la nécessité de l'hospitalisation dans le cas particulier de la demanderesse.

Dans son premier rapport du 3 août 2007, le Dr P._____ motive la nécessité d'un traitement stationnaire par le type d'opération choisi (à ciel ouvert) et le besoin d'une surveillance médicale postopératoire dans ce genre d'intervention, ce qui est contredit tant par la littérature médicale que par le médecin conseil, dans son avis du 15 septembre 2008. On peine également à voir en quoi les répercussions professionnelles et sur le psychisme de l'intéressée limiteraient valablement les possibilités ambulatoires d'une telle intervention, pas plus que la nécessaire surveillance de la main et les douleurs le lendemain de l'opération, quand bien même celles-ci seraient combinées avec les douleurs du genou droit. Enfin, ce médecin n'explique pas les raisons qui l'ont amené à pratiquer une anesthésie générale pour une intervention qui se fait généralement sous anesthésie locale (rapport du 25 mars 2010 du Dr P._____).

Le Dr H._____ ne rend pour sa part pas plus plausible la nécessité médicale de l'hospitalisation qu'il motive en grande partie par des raisons d'ordre social permettant à la demanderesse de quitter son quotidien stressant et fatigant. Ni la persistance des douleurs au genou, ni même les troubles de la marche existants avant l'intervention ne constituent le cas exceptionnel justifiant l'intervention en milieu stationnaire.

Partant, la prise en charge des frais d'hospitalisation litigieux ne saurait entrer en considération dans le cadre de l'assurance-hospitalisation R._____ et doit dès lors être admise en vertu des dispositions de l'assurance obligatoire des soins (art. 25 LAMal).

Conformément à la demande de N._____ SA du 15 octobre 2007, une facture établie sur la base du tarif ambulatoire en vigueur dans l'assurance obligatoire des soins devra lui être adressée, afin que l'assureur procède au paiement de la part lui incombant.

4. a) La demanderesse, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à des dépens à hauteur de 1'000 fr. (art. 55 al. 1 et 56 al. 2 LPA-VD, applicables par renvoi de l'art.109 al. 1 LPA-VD).

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais, conformément à l'art 85 al. 3 LSA, applicable en l'espèce (cf. supra consid. 1).

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

- I.** La demande est partiellement admise
- II.** N. _____ SA est débitrice de Q. _____ de la somme de 1'215 fr. (mille deux cent quinze francs) plus intérêts à 5% l'an dès le 3 juillet 2008.
- III.** La demande est rejetée pour le surplus.
- IV.** Une indemnité de 1'000 fr. (mille francs) est due par N. _____ SA à Q. _____ à titre de dépens.
- V.** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure.

La juge unique :

Le greffier :

Du

Le jugement qui précède est notifié à :

- Me Anne-Sylvie Dupont, avocate (pour Q. _____),
- N. _____ 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 du présent jugement en déposant au greffe du Tribunal cantonal un mémoire écrit et motivé. Le jugement objet du recours doit être joint.

Le greffier :