

**Faits:** K.-E. J., née en 1947, est affiliée auprès de la caisse depuis 1992. En 1996 et 1997, elle se trouvait au bénéfice des catégories d'assurance suivantes

- Basis, assurance obligatoire de soins,
- Complementa Plus: assurance complémentaire des soins spéciaux élargis,
- Optima: assurance complémentaire des frais d'hospitalisation en division privée ou en clinique.

Par jugement définitif et exécutoire du 14 octobre 1997 (AM 111/96 - 127/1997), le président du tribunal de céans a constaté que le recours déposé par K.-E. J. tendant à la prise en charge de l'extraction de prothèse mammaires dans le canton de Genève, était devenu sans objet et a rayé la cause du rôle. En effet, la recourante avait accepté de subir l'intervention dans le canton de Vaud, laquelle avait été effectuée à l'Hôpital de M. par le Dr M., spécialiste FMH en chirurgie plastique et reconstructive, le 7 juillet 1997, et la caisse avait indemnisé la facture d'hospitalisation, du 7 au 10 juillet 1997, et de traitement de l'assurée, d'un montant de 2'330 francs, sous réserve d'une participation de 233 francs.

Le magistrat instructeur précisait:

"(...) concernant la prise en charge par la caisse des frais de l'intervention chirurgicale du 7 juillet 1997, à M., la recourante, qui entend obtenir des prestations plus importantes que celles qui lui ont été allouées par la caisse, est en droit d'exiger de celle-ci qu'elle rende sur ce point une décision susceptible d'opposition (art. 85 al. 1 et 2 LAMal), puis, le cas échéant, d'interjeter un nouveau recours (art. 86 al. 1er LAMal), dès lors que ce litige ne peut pas concerner une décision sur opposition rendue le 19 septembre 1996, puisqu'il est fondé sur une intervention chirurgicale intervenue en juillet 1997".

Par lettre de son conseil du 18 décembre 1997, l'assurée a invité la caisse à rendre une décision formelle concernant la prise en charge d'une facture de 4'900 fr. établie par le Dr M. ensuite de l'opération du 7 juillet 1997, montant représentant les frais complémentaires engendré par le remplacement des prothèses mammaires.

Dans sa réponse du 14 janvier 1998, la caisse a indiqué qu'elle ne devait pas de plus amples prestations que celles versées sur la base de son décompte du 16 septembre 1997, soit 2'330 fr. (425 fr. x 4 + 630 fr. de taxe d'entrée), sous déduction d'une participation de 233 francs. Elle ajoutait que le Dr M. et l'assurée avaient été informés de la limitation de ses prestations par lettres des 11 et 27 juin 1997.

Concernant la prise en charge de la facture complémentaire de 4'900 fr. établie par le Dr M., elle se référait au chiffre 4.1.3. de ses conditions générales pour l'assurance maladie complémentaire (ci-après : CGA) au sens de la loi sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (ci-après : LCA) prescrivant que les interventions de chirurgie plastique étaient exclues de la couverture; dans ces circonstances, elle était d'avis que seules les prestations minimales légales étaient à sa charge.

Dans la mesure où seules demeuraient litigieuses des prestations relevant de l'assurance complémentaire, elle renonçait à adresser à l'assurée une décision formelle au sens de l'article 80 de la loi du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (ci-après: LAMal) et elle l'invitait, en cas de désaccord, à ouvrir action devant le tribunal de céans.

C'est contre cet acte administratif que K.-E. J., toujours représentée par son conseil, a recouru auprès du tribunal de céans, le 16 février 1998; elle a conclu, avec dépens, à ce que la caisse lui verse le montant de 4'900 francs, avec intérêts à 5 % l'an dès le 7 juillet 1997, à titre de prestations obligatoires à sa charge pour le solde des frais relatifs à l'opération pratiquée le 7 juillet 1997 par le Dr M.; elle considérait ainsi que c'était à tort que la caisse

avait refusé de rendre une décision formelle. Elle faisait valoir en substance que, dans la mesure où l'enlèvement des prothèses mammaires constituait une prestation obligatoire à la charge de la caisse-maladie, le rétablissement de l'état physique et psychique de la recourante devait aussi être couvert par l'intimée conformément à la jurisprudence (ATF 111 V 229).

Dans sa réponse du 10 mars 1998, la caisse a confirmé qu'il ne lui appartenait pas de rendre une décision formelle au sens de l'article 80 LAMal. S'agissant d'un litige concernant les assurances complémentaires, le recours devait être tenu pour une demande d'ouverture d'action et non comme un recours au sens de l'article 86 alinéa 2 LAMal. En outre, celle-ci devait être rejetée, conformément à l'article 4.1.3. des CGA. La caisse confirmait avoir versé les prestations obligatoires dues et que la facture litigieuse de 4'900 francs, établie en plus du forfait applicable pour un séjour en division générale d'un établissement public, devait rester à la charge de l'assurée, s'agissant d'une opération de chirurgie esthétique, soit de remplacement de prothèses mammaires.

Par lettre du 18 mars 1998, le magistrat instructeur a fait savoir aux parties qu'il tenait le recours de K.-E. J. pour une requête d'ouverture d'action, tendant au versement par la caisse de la somme de 4'900 francs.

Dans sa réplique du 25 mars 1998, K.-E. J. s'est opposée à ce que son recours soit tenu pour une action et a indiqué que celui-ci tendait à faire prononcer que "l'opération chirurgicale subie par la recourante constituait une prestation que l'intimée devait obligatoirement prendre à sa charge."

Dans sa duplique du 14 avril 1998, la caisse a relevé que la reconnaissance de la nécessité de l'intervention subie par l'assurée signifiait uniquement que la caisse était contrainte de servir les prestations relevant de l'assurance obligatoire des soins.

A la demande du juge commis à l'instruction de la cause, la caisse a précisé, le 30 avril 1998, que, si l'intervention subie par l'assurée n'avait pas fait l'objet d'une exclusion au sens de l'article 4.1.3. des CGA, elle aurait pris en charge le note d'honoraires du Docteur M. en plus du forfait journalier de l'Hôpital de M.

**Motifs:** Doit en premier lieu être examinée la recevabilité des conclusions qu'a prises K.-E. J. contre la caisse par acte du 16 janvier 1998.

Depuis le 1er janvier 1996, les décisions formelles - au sens de l'article 80 LAMal - que rendent les caisses-maladie ne peuvent pas être directement attaquées devant le tribunal des assurances, mais doivent préalablement faire l'objet d'une opposition auprès des assureurs qui les ont notifiées (art. 85 al. 1er et 86 al. 1er LAMal).

Sauf disposition transitoire contraire, les nouvelles règles de procédure s'appliquent dès leur entrée en vigueur (ATF 113 1a 412, spéc. p. 425; ATF 111 V 46, cons. 4; Grisel, Traité de droit administratif, 1984, vol. 1, pp. 152 ss, spéc. 155; Moor, Droit administratif, 1994, vol. 1, pp. 170 ss, spéc. p. 171). Dans la mesure où la LAMal ne contient aucune disposition transitoire relative au droit de procédure, ses règles idoines s'appliquent dès 1er janvier 1996 à toutes les procédures pendantes ou introduites dès cette date, même s'il s'agit, au fond, d'appliquer l'ancien droit (TAss VD Maria del R. B., du 10 mai 1996, n° AM 67/1996; lettre du TFA aux gouvernements cantonaux à l'intention des autorités judiciaires chargées d'appliquer le droit des assurances sociales, du 29 décembre 1995).

Ce régime n'est toutefois applicable qu'à l'assurance obligatoire : En vertu de l'article 12 alinéa 3 LAMal, les assurances complémentaires sont régies, depuis le 1er janvier 1996, par la LCA. Il en résulte que les caisses-maladie ne sont plus, dans ce domaine, des organes administratifs susceptibles de rendre des décisions au sens de l'article 5 de la loi fédérale sur la procédure administrative (TAss VD, Geoffroy G., du 23 mai 1996, n° AM 143/96), ce même si les dispositions des caisses relatives à ces différentes formes de couverture n'ont

pas encore été adaptées dans le délai d'une année (art. 102 al. 2 1ère phrase LAMal), seuls les droits et obligations des assurés étant régis par l'ancien droit tant que l'adaptation n'est pas effectuée (art. 102 al. 2 2ème phrase LAMal).

En conséquence, c'est par la voie de l'action - et non du recours - que, dès le 1er janvier 1996, les assurés doivent agir pour contester les prises de position relatives aux assurances complémentaires. Il leur appartient, en vertu de l'article 47 alinéa 1er de la loi sur la surveillance des assurances (LSA), de saisir directement l'autorité judiciaire, (Spira, Le nouveau régime de l'assurance-maladie complémentaire, in RSA 1995 pp. 192 ss; Jean-Baptiste Ritter, Questions relatives aux assurances complémentaires à la LAMal, in RSA 1995 pp. 209 ss; Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, 1996, pp. 135 ss), soit dans le canton de Vaud, le Tribunal des assurances, conformément au décret du Conseil d'État du 20 mai 1996 attribuant au tribunal de céans le contentieux des assurances complémentaires à l'assurance obligatoire.

En l'espèce, il est patent que, en versant à l'assurée pour son hospitalisation du 7 au 10 juillet 1997 à M. la somme de 2'330 fr. (soit 4 jours à 425 fr., plus une taxe d'entrée de 630 fr.), sous déduction d'une participation de 233 fr. (10%), la caisse a rempli les obligations lui incombant au titre de l'assurance de base, conformément à la LAMal et à la convention vaudoise d'hospitalisation. Il s'ensuit que, comme le relève la caisse, le litige porte uniquement sur la prise en charge par la défenderesse, au titre des assurances complémentaires souscrites par l'intéressée, de la totalité des honoraires du Dr M. pour l'intervention prodiguée à l'intéressée le 7 juillet 1997.

Conformément à ce qui précède, la caisse n'est pas en mesure de rendre une décision formelle sur l'objet litigieux. En revanche, le tribunal de céans est bien compétent sur la base de l'article 47 LSA et du décret du Grand Conseil du 20 mai 1996, qui lui attribue la compétence en matière d'assurances complémentaires. Le recours du 16 février 1997 est dès lors bien une action ouverte dans ce cadre.

Sur le fond, il ressort du chiffre 4.1.3. des CGA que sont exclues de l'assurance maladie complémentaire les interventions de chirurgie plastique et reconstructive. Il est hors de doute que l'intervention du Dr M. consistant en le remplacement de prothèses mammaires, effectuée le 7 juillet 1997, entre dans ce cadre.

Partant, l'action ne peut qu'être rejetée, l'exclusion prévue par la caisse n'étant pas contraire à la loi.

Par ces motifs,  
le Président du Tribunal des assurances  
p r o n o n c e :

I. L'action est rejetée.

Le présent jugement, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est communiqué aux parties par envoi sous pli recommandé avec accusé de réception, avec avis qu'il leur est loisible, si, d'après leurs conclusions, les droits contestés en instance cantonale atteignent une valeur d'au moins 8'000 fr., d'interjeter un recours en réforme au Tribunal fédéral, dans un délai de 30 jours dès la réception de la communication écrite de la décision. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal cantonal des assurances, Route du Signal 8, 1014 Lausanne.

Outre la désignation de la décision attaquée et de la partie intimée, l'acte de recours doit contenir:

Dans les contestations de nature pécuniaire lorsque le montant de la réclamation n'est pas déterminé, la mention que la valeur exigée est atteinte, ainsi que, éventuellement, les motifs pour lesquels le recourant conteste une constatation contraire de la juridiction inférieure;

L'indication exacte des points attaqués de la décision et des modifications demandées. Le simple renvoi aux conclusions formulées dans la procédure cantonale ne suffit pas. Il ne peut être présenté de conclusions nouvelles;

Les motifs à l'appui des conclusions. Ils doivent indiquer succinctement quelles sont les règles de droit fédéral violées par la décision attaquée et en quoi consiste cette violation. Il ne peut être présenté de griefs contre les constatations de fait, ni de faits, exceptions, dénégations et preuves nouveaux, ni d'observations sur la violation du droit cantonal;

Lorsque la constatation d'un fait que la juridiction cantonale doit apprécier d'après le droit fédéral est attaquée pour le motif qu'elle repose manifestement sur une inadvertance, l'indication exacte de cette constatation et la pièce du dossier qui la contredit;

Le cas échéant, la demande d'assistance judiciaire (art. 152 OJF).

(art. 43 ss OJF, spéc. art. 46, 54 et 55).

Les autres voies de droit demeurent réservées.

Le jugement est également communiqué à l'Office fédéral des assurances privées (art. 47 al. 4 LSA).