Tribunal cantonal du canton de Vaud, 24 juin 1998,
S.-P. c. La Suisse Assurances, Lausanne

Faits: Par jugement du 12 janvier 1998, le Tribunal des assurances du canton de Vaud a prononcé qu'il n'est pas entré en matière sur la demande (I), que le dossier est transmis à la Cour civile du Tribunal cantonal comme objet de sa compétence (II) et que la cause est rayée du rôle (III).

Ce jugement retient notamment les faits suivants:

Le demandeur P. S.-P. est assuré contre la perte de gain en cas de maladie auprès de La Suisse Assurances par le biais d'un contrat d'assurance collective en cas de maladie conclu par son employeur. Les prestations assurées consistent en des indemnités journalières correspondant à 80 % du salaire, payables dès le 31ème jour d'incapacité de gain pendant 720 jours.

Atteint dans sa santé, le demandeur a subi une incapacité de travail totale à partir du 23 octobre 1995. La défenderesse a versé ses prestations jusqu'au 30 juin 1997. Elle y a mis fin dès cette date pour le motif que les organes de l'assurance-invalidité avaient rejeté la demande de prestations de P. S.-P. en considérant que celui-ci était en mesure d'exercer à plein temps une activité adaptée à son état de santé, avec un rendement diminué de 10 à 15 % au maximum.

Par demande parvenue au greffe du Tribunal des assurances le 21 novembre 1997, P. S.-P. a conclu à ce que La Suisse Assurances soit tenue de lui servir les indemnités qu'elle assure au-delà du 30 juin 1997 et cela jusqu'à épuisement des 720 jours assurés.

La défenderesse a conclu principalement à l'irrecevabilité de la demande, subsidiairement à son rejet.

Considérant que le demandeur n'était pas couvert par une assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale, le Tribunal des assurances a décliné sa compétence.

En temps utile, P. S.-P. a recouru contre ce jugement en concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'il est dit que le Tribunal des assurances du canton de Vaud est compétent, subsidiairement à sa nullité.

L'intimée a conclu principalement à l'irrecevabilité du recours, subsidiairement au rejet de celui-ci et à la confirmation du jugement.

Motifs: Le présent litige porte sur la compétence du Tribunal des assurances du canton de Vaud pour juger de la cause qui oppose les parties au regard de l'article premier du décret relatif à l'attribution au Tribunal cantonal des assurances de la compétence du contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie, du 20 mai 1996 (ci-après: le décret). A titre préliminaire, il soulève la question de l'existence d'une voie de recours cantonale contre les décisions rendues par ce tribunal. Dès lors qu'il s'agit de deux questions de principe au sens de l'article 32 alinéa 1er du règlement organique du Tribunal cantonal, du 7 juillet 1992 (ci-après: ROTC), la présente cause sera examinée par une cour à cinq juges.

Avant d'aborder les questions ci-dessus évoquées, il convient de rappeler que le Tribunal des assurances fait partie du Tribunal cantonal (art. 2 ch. 1 litt. a OJV). Il est organisé par une loi spéciale (art. 67 al. 3 OJV), la loi sur le Tribunal des assurances, du 2 décembre 1959 (ci-après: la LTA). Selon l'article premier alinéa 1er de cette loi, il est l'autorité cantonale prévue par différentes dispositions du droit fédéral des assurances sociales, dont l'article 30bis de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 13 juin 1911 (LAMA), plus exactement, depuis l'abrogation de la LAMA par la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LA-

Mal), entrée en vigueur le 1er janvier 1996, par l'article 86 LAMal (art. premier al. 1er litt. a LTA). Aux termes de l'article premier alinéa 2 LTA, il statue en outre dans les causes qui lui sont attribuées par d'autres lois. A ce titre, il est notamment compétent pour connaître du contentieux en matière d'assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale (art. premier du décret).

En ce qui concerne l'existence d'une voie de droit cantonale contre les jugements rendus par le Tribunal des assurances, il sied tout d'abord de rappeler que, dans le domaine des assurances sociales ou, tout du moins, dans une partie de ce domaine, c'est le droit fédéral lui-même qui prohibe tout recours cantonal contre les décisions des tribunaux cantonaux des assurances ou des autorités cantonales de recours indépendantes de l'administration que les cantons sont tenus de désigner pour connaître des recours contre les décisions prises en application de ce droit par les autorités administratives.

Ainsi, les articles 85 alinéa 1er de la loi fédérale sur l'assurance-vieilles se et survivants (LAVS) et 69 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI) excluent l'existence d'une seconde autorité cantonale de recours en ce qui concerne l'application du droit matériel de l'AVS et de l'AI et des dispositions de procédure imposées aux cantons dans ces domaines par le droit fédéral (ATF 110 V 54, RCC 1984 p. 192, cons. 3b et 4). Dans cet arrêt, le Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA) a aussi jugé contraire au droit fédéral de soumettre à une seconde autorité cantonale de recours les décisions sur le montant des dépens, alors même que cette question ressortit aux cantons, contrairement à celle du droit aux dépens, régie par l'article 85 alinéa 2 lettre f LAVS. Dans le domaine de l'assurance-maladie, l'article 30bis LAMA prévoyait expressément, à son alinéa 1er, que les cantons désignent un tribunal des assurances, dont la juridiction s'étend à tout le canton pour connaître, en instance unique sur le plan cantonal, des contestations des caisses entre elles ou avec leurs assurés ou des tiers qui concernent des droits que les parties font valoir en se fondant sur la présente loi. En revanche, le texte de l'article 86 alinéa 1er LAMal ne permet pas d'emblée de résoudre la question de savoir si la création d'une seule autorité de recours est prescrite aux cantons. En effet, selon cette disposition, les décisions rendues sur opposition par les assureurs peuvent être attaquées par la voie du recours de droit administratif devant le tribunal des assurances désigné par chaque canton pour connaître des litiges opposant un assureur à un autre assureur, a un assuré ou à un tiers. Toutefois, dans son Message concernant la révision de l'assurance-maladie (FF 1992 1 pp. 77 ss, spéc. p. 189), le Conseil fédéral a simplement relevé que cette disposition décrivait la deuxième étape du contentieux - compte tenu de la procédure d'opposition préalable auprès de l'assureur, introduite par l'article 85 LAMal - en s'inspirant sensiblement du droit actuel. Que le nouveau droit de l'assurance-maladie sociale maintienne le système de la procédure de recours à un seul échelon au niveau cantonal n'est donc guère douteux.

Quant à la LTA, elle n'ouvre un recours au Tribunal cantonal que contre les prononcés d'amende rendus par le Tribunal des assurances en application de l'article 23 alinéa 1er LTA (art. 23 al. 2 LTA).

En principe, les décisions du Tribunal des assurances ne sont donc pas susceptibles de recours auprès du Tribunal cantonal. Cette règle ne souffre assurément aucune exception lorsque le Tribunal des assurances agit en qualité d'autorité cantonale de recours prévue par la législation fédérale en matière d'assurances sociales pour trancher les litiges portant sur l'application de cette législation.

Sous l'empire de la LAMA, les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale pratiquées par les caisses-maladie étaient soumises au droit fédéral des assurances sociales (ATF 112 V 307, cons. 2; Spira, Le droit applicable aux assurances complémentaires dans l'assurance-maladie sociale, RSA 1983, pp. 221 ss). En revanche, depuis l'introduction de la LAMal, le 1er janvier 1996, seule l'assurance-maladie sociale, qui comprend l'assurance obligatoire des soins et une assurance facultative d'indemnités journalières, est régie par cette loi (art. 1er al. 1er LAMal). Les assurances complémentaires, même prati-

quées par des caisses-maladie, sont, elles, soumises au droit privé (art. 12 al. 3 LAMal). La compétence du tribunal des assurances, posée par l'article 86 alinéa 1er LAMal, et le système du recours à un seul échelon au niveau cantonal, en tant qu'il est imposé par le droit fédéral des assurances sociales, sont ainsi limités aux litiges relatifs à l'assurance-maladie sociale (Spira, Le contentieux de la nouvelle assurance-maladie, in Sécurité sociale, 1995, no 5, pp. 256 ss, spéc. p. 258). Conformément à la compétence que leur réserve l'article 64 alinéa 3 Cst., les cantons sont donc libres de confier le contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale à une autre autorité que celle prévue à l'article 86 alinéa 1er LAMal et d'ouvrir un recours au niveau cantonal contre les décisions de cette autorité. Certes, le législateur fédéral a aussi prévu des règles de procédure, qui s'imposent aux cantons, en cette matière, mais ces règles, posées à l'article 47 alinéas 2 et 3 de la loi sur la surveillance des institutions d'assurance privées, du 23 juin 1978 (ci-après: LSA), ne portent pas sur l'organisation judiciaire. Par l'article premier du décret, c'est donc une compétence civile que le législateur vaudois a conféré au Tribunal des assurances. Partant, c'est en qualité de juge civil, dont la compétence matérielle découle d'une norme cantonale, que ledit tribunal a été saisi et a prononcé le déclinatoire objet du présent recours. Cela étant, la question qu'il convient de trancher dans la présente espèce est celle de l'existence d'un recours cantonal à l'encontre des décisions rendues par le Tribunal des assurances en sa qualité de juge civil compétent en matière de contentieux relatif aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale.

Aux termes de l'article 443 alinéa 1er CPC, les parties peuvent recourir au Tribunal cantonal dans les cas prévus par la loi pour faire prononcer la nullité du jugement objet du recours ou pour le faire réformer.

Le décret est dépourvu de toute disposition relative aux voies de droit. Toutefois, rien ne permet d'admettre qu'il s'agit là d'un silence qualifié du législateur, qui lierait le juge (ATF 118 II 199, cons. 2a). Ni l'exposé des motifs (BGC mai 1996, pp. 138 ss), ni les débats parlementaires (BGC mai 1996 pp. 142 à 145 et p. 746) n'abordent cette question. Seul l'un des membres de la commission chargée d'étudier le projet de décret s'est inquiété de la procédure à suivre en cas de contestation des décisions du Tribunal des assurances. Or, il lui a été répondu ce qui suit: "Il est admis en l'état actuel que certaines difficultés pourraient surgir; en effet, la décision sur l'assurance de base devrait être en principe soumise au Tribunal fédéral des assurances à Lucerne alors que la décision relative à l'assurance complémentaire irait par un recours en réforme au Tribunal fédéral à Lausanne. Il y aurait donc deux décisions fondamentalement différentes: en outre, il semble qu'il n'y a pas encore de ligne claire à ce sujet, les juges n'étant pour l'heure pas d'accord entre eux sur certains points liés aux éventuels recours. Ces précisions montrent bien qu'il est très difficile aujourd'hui de cerner avec suffisamment de certitude tous les aspects juridiques de la question." (BGC-mai 1996 p. 144). Manifestement, la réserve du législateur ne procède pas d'une volonté d'exclure tout recours au niveau cantonal. Cela étant, la question se pose de savoir si le décret ne recèle pas une lacune qui devrait être comblée par le juge.

Les règles générales sur l'interprétation des lois valent pour l'interprétation des normes procédurales. En cas de lacunes, celles-ci doivent être comblées par le juge, qui fera acte de législateur par analogie avec l'article premier alinéa 2 CC (JT 1998 III 44, cons. 2 et les références). Les principes développés en matière de comblement de lacunes du droit civil matériel s'appliquent par analogie au droit de procédure (ATF 122 I 253, JT 1997 I 214; Schüpbach, Traité de procédure civile, vol. I, Zurich, 1995, pp. 182 ss). En principe, le juge n'est autorisé qu'à combler les lacunes proprement dites (ATF 121 III 219, JT 1996 1 162, cons. 1d/aa). Selon la jurisprudence, on est en présence d'une telle lacune lorsque le législateur s'est abstenu de régler un point qu'il aurait dû régler et qu'aucune solution ne se dégage du texte ou de l'interprétation de la loi (ATF 122 I 253, JT 1997 I 214; ATF 121 III 219, JT 1996 I 162, cons. 1d/aa; JT 1998 III 44). Le comblement d'une lacune suppose ainsi qu'une

règle est nécessaire pour apporter une solution à une question juridique (ATF 118 II 199, cons. 2b).

En ce qui concerne l'administration de la justice civile, l'organisation judiciaire vaudoise présente deux traits caractéristiques: "d'une part, les affaires non pécuniaires peuvent toujours être soumises à trois instances successives alors que les affaires pécuniaires ne peuvent l'être qu'à deux instances. D'autre part, le Tribunal cantonal fonctionne en une double qualité: tantôt comme autorité de recours, tantôt comme autorité de première instance." (BGC automne 1979, p. 842). En outre, le respect du principe de la double instance a été l'un des soucis constants du législateur vaudois, partagé, d'ailleurs, par la jurisprudence (Poudret, Règles de compétence et de procédure en matière civile de la nouvelle loi d'organisation judiciaire, in JT 1980 III 98 ss). Ainsi, dans le silence de la loi d'organisation judiciaire de 1886, le Tribunal cantonal a admis l'article 451a CPC, les différentes hypothèses visées aux articles 55 à 57 aOJV (Poudret/Wurzburger/Haldy, Procédure civile vaudoise, 1996, n. 1 à 3 ad art. 451a CPC, pp. 649-651), la jurisprudence a une nouvelle fois comblé ce qu'elle a estimé être une lacune de la loi. Malgré l'absence, dans la loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, de dispositions similaires à celles des articles 55 à 57 aOJV, elle a admis que l'intention du législateur n'était pas de modifier le système prévu par la loi de 1947, mais bien de conserver le système de la double instance (JT 1982 III 73; JT 1983 III 108; JT 1986 III 76, cons. 2). Elle a ainsi ouvert le recours au Tribunal cantonal contre les jugements de la Cour civile lorsque la valeur litigieuse nécessaire pour saisir le Tribunal fédéral n'était plus atteinte lors du jugement ou lorsque la Cour civile avait statué en appliquant au moins concurremment le droit cantonal ou étranger (JT 1982 III 73; JT 1983 III 108). Dans le premier de ces arrêts, la cour de céans a souligné que le souci exprimé par la commission parlementaire d'éviter autant que possible qu'une section du Tribunal cantonal ne soit appelée à connaître au fond de recours contre les jugements rendus par une autre section (BGC 1979 p. 900) devait céder le pas au constant souci du législateur vaudois de garantir la double instance quant au fond (JT 1982 III 73, cons. 1d in fine). Dans le second, elle a confirmé cette jurisprudence, qui permettait aux parties de bénéficier à tout le moins de deux instances ordinaires, tout en notant, au surplus, que si la Cour civile appliquait simultanément un droit étranger et le droit suisse, il pourrait exister une triple instance en ce qui concerne les moyens de droit fédéral (JT 1983 III 108, cons. 2 in fine).

En définitive, en matière d'administration de la justice civile, le système vaudois, qui tend à ne soumettre les causes pécuniaires qu'à deux instances successives, admet non seulement la triple instance, mais aussi la possibilité de déférer les décisions d'une section du Tribunal cantonal ou de son président à une autre section, plutôt que de priver les parties de la possibilité d'un recours. Le principe de la garantie de la double instance apparaît donc comme l'un des principes fondamentaux du droit cantonal. Dans cette mesure, l'existence d'un recours au niveau cantonal contre les décisions rendues par le Tribunal des assurances en vertu de la compétence que lui confère le décret devrait être admise si, en l'absence d'un tel recours, ce principe n'était pas respecté.

Les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale étant soumises au droit privé depuis l'introduction de la LAMal (art. 12 al. 3 LAMal), les litiges relatifs à de telles assurances constituent des contestations civiles portant sur un droit de nature pécuniaire au sens de l'article 46 OJF (ATF 124 III 44, cons. 1a; ATF 124 III 229, cons. 2a à c). Pour autant que la valeur litigieuse atteigne 8'000 fr., de tels litiges sont susceptibles d'être portés devant le Tribunal fédéral par la voie du recours en réforme (art. 46 OJF). Que le Tribunal des assurances statue à cet égard en unique instance cantonale ne ferait pas échec à la recevabilité de ce recours dès lors que cette autorité fait partie du Tribunal cantonal (art. 2 ch. 1 litt. a et 67 al. 3 OJV) et constitue un tribunal suprême du canton au sens de l'article 48 alinéa 1er OJF (Poudret, Commentaire de la loi fédérale d'organisation judiciaire du 16 décembre 1943, Berne, 1990, T. 2, n. 1.2.3 ad art. 48 OJF, pp. 299-300; Würzburger, Les conditions objectives du recours en réforme au Tribunal fédéral, thèse Lausanne, 1964, pp. 170-171). Dans cette me-

sure, l'absence de recours cantonal contre les jugements au fond rendus par le Tribunal des assurances en vertu de la compétence que lui confère l'article premier du décret ne semblerait pas contraire au principe de la garantie de la double instance, mais permettrait, bien plutôt, d'éviter la triple instance, tout du moins s'agissant des causes dans lesquelles la valeur litigieuse est d'au moins 8'000 francs. Toutefois, dans la présente espèce, le jugement litigieux est un jugement d'incompétence ratione materiae, fondé sur une norme d'attribution de compétence de droit cantonal, dont la violation ne peut en principe donner lieu au recours en réforme fédéral, celui-ci n'étant ouvert que pour invoquer la violation des prescriptions de droit fédéral sur la compétence (art. 49 al. 1er OJF; ATF 119 II 391, cons. I, JT 1994 I 620). En l'absence de recours cantonal, le Tribunal des assurances statuerait définitivement sur la question de sa compétence et le principe de la garantie de la double instance ne serait pas respecté. Certes, la recevabilité du recours en réforme fédéral ne saurait être d'emblée exclue dès lors que, pour régler cette question de compétence, le droit cantonal se réfère à une notion de droit fédéral, en l'occurrence, celle d'assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale, et que, dans un tel cast la jurisprudence fédérale admet la recevabilité dudit recours si le législateur cantonal a l'obligation de tenir compte du droit fédéral (cf. à cet égard, Poudret, op. cit., n. 1.6.4 ad art. 49 OJF, p. 333, et n. 1.4.1. ad art. 43 OJF, p. 129 s. ; Würzburger, op. cit., p. 218, et La violation du droit fédéral dans le recours en réforme, RDS 1975 II pp. 77 ss, spéc. n. 28 et 29, pp. 107-109). Toutefois, le législateur cantonal a conféré une portée générale à l'article 60 CPC, aux termes duquel il y a recours au Tribunal cantonal contre tout jugement sur déclinatoire (BGC 1966, p. 701). Ainsi, bien qu'un recours au Tribunal fédéral - pour violation des règles de compétence fédérale - soit possible, il a admis que les jugements sur déclinatoire rendus par la Cour civile étaient soumis à recours au Tribunal cantonal, tant pour violation des règles de compétence cantonales que fédérales. S'agissant des jugements sur déclinatoire, il a ainsi clairement opté pour l'inconvénient de la triple instance, plutôt que de n'ouvrir le recours au Tribunal cantonal que pour violation des règles de compétence cantonales (BGC 1966 p. 701; Poudret/Würzburger/Haldy, op. cit., n. 1 ad art. 60 CPC, p. 143; Bonard, Les sanctions des règles de compétence, thèse Lausanne, 1985, pp. 177-178).

Dans ces conditions, vu l'existence d'une lacune proprement dite de la loi que le juge doit combler conformément à l'article premier alinéa 2 CC et nonobstant le défaut de renvoi du décret aux dispositions du CPC, il convient d'ouvrir le recours de l'article 60 CPC contre les jugements sur déclinatoire rendus par le Tribunal des assurances en vertu de la compétence civile que lui confère l'article premier du décret. La question de savoir s'il convient d'ouvrir un recours contre les jugements au fond rendus en matière d'assurance complémentaire par ce tribunal, en particulier lorsque la valeur litigieuse est inférieure à 8'000 francs, peut en l'espèce rester ouverte.

Conformément aux articles 73 OJV et 28 et 29 ROTC, le présent recours ressortit à la première Chambre des recours.

Le recours de l'article 60 CPC peut tendre à la réforme ou à la nullité, la seconde ne devant toutefois être prononcée que s'il n'est pas possible de remédier à l'informalité par la première (JT 1995 III 16; Ch. rec. Zanchi c. Prorad S.A., 29 avril 1998; Poudret/-Würzburger/Haldy, op. cit., n. 2 ad art. 60 CPC, p. 144). Les règles générales des articles 458 et suivants CPC sont applicables (JT 1995 III 34, cons. 1a, et 68, cons.1a) . Ainsi, si le recours tend à la nullité, le mémoire du recourant doit énoncer séparément les moyens invoqués (art. 465 al. 3 CPC), faute de quoi le recours en nullité est irrecevable (Poudret/-Würzburger/Haldy, op. cit., n. 2 ad art. 465 CPC, pp. 681-682).

Interjeté dans le délai prévu à l'article 458 alinéa 2 CPC, le recours, qui tend à la nullité et à la réforme, comporte les éléments nécessaires mentionnés à l'article 461 CPC. Toutefois, l'acte de recours d'emblée motivé n'énonce aucun moyen de nullité. Pour fonder ses deux conclusions, le recourant se borne en effet à faire valoir le - même grief, lequel ne saurait -

être considéré comme un moyen de nullité. Il convient dès lors d'écarter préliminairement le recours en nullité et de n'examiner la cause que sous l'angle de la réforme.

Le pouvoir d'examen de l'autorité de recours à l'égard d'un jugement incident sur déclinatoire est celui de l'article 457 CPC (JT 1994 III 21 et 87; Poudret/Würzburger/Haldy, op. cit., n. 3 ad art. 60 CPC, p. 144). Ainsi, conformément à cette disposition, la Chambre des recours doit admettre comme constants les faits tels qu'ils ont été constatés par le jugement, à moins que la constatation d'un fait soit en contradiction avec les pièces du dossier. Elle peut compléter les faits, dont elle apprécie librement la portée juridique, sur la base du dossier.

En l'espèce, l'état de fait du jugement n'est pas contredit par les pièces du dossier, ni ne nécessite d'être complété sur la base de celui-ci.

En réforme, la question à résoudre est celle de la compétence du Tribunal des assurances, au regard de l'article premier du décret, pour trancher du litige qui divise les parties, étant rappelé, d'une part, que celui-ci porte sur des indemnités journalières en cas d'incapacité de travail due à une maladie et oppose un assuré à une compagnie d'assurance privée et, d'autre part, que l'article premier du décret attribue audit tribunal le contentieux en matière d'assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale.

La LAMal traite des assurances complémentaires à son article 12. Après avoir relevé que, d'après sa lettre, cette disposition fixait le champ d'activité des caisses-maladie, les premiers juges en ont déduit que la LAMal ne visait que les assurances complémentaires pratiquées par des caisses-maladie. On ne saurait se rallier à leur point de vue. Certes, comme l'indique son titre, l'article 12 LAMal est consacré aux caisses-maladie, dont il délimite la sphère d'activité. L'alinéa 1er les définit comme des personnes juridiques de droit privé ou public sans but lucratif qui gèrent principalement l'assurance-maladie sociale et qui sont reconnues par le Département fédéral de l'intérieur. L'alinéa 2 leur confère le droit de pratiquer, en plus de l'assurance-maladie sociale, des assurances complémentaires, ainsi que d'autres branches d'assurance, aux conditions et dans les limites fixées par le Conseil fédéral. Quant à l'alinéa 3, il soumet les assurances désignées au 2ème alinéa à la loi sur le contrat d'assurance (LCA). D'après cette disposition, les caisses-maladie sont donc par essence des institutions d'assurance sociale, dont la vocation première consiste à gérer l'assurance-maladie sociale (Message du Conseil fédéral, FF 1992 I p. 127), mais auxquelles est néanmoins conféré le droit de pratiquer certaines assurances régies par le droit privé. Ainsi, si la LAMal traite des assurances complémentaires à l'article consacré aux caisses-maladie, cela tient au fait qu'étant soumises au droit privé, celles-là n'apparaissent pas, en principe, compatibles avec le statut particulier de celles-ci. On ne saurait dès lors déduire de cet article que la LAMal n'entend, par assurances complémentaires, que celles pratiquées par les caisses-maladie. Au surplus, il convient de relever que si, dans l'ancien droit, les assurances complémentaires relevaient de régimes juridiques différents selon qu'elles étaient pratiquées par les caisses-maladie ou par les assureurs privés (Viret, Assurances-maladie complémentaires et loi sur le contrat d'assurance, in LAMal-KVG, Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, Lausanne, 1997, pp. 665 ss, spéc. p. 670), la LAMal a unifié le régime applicable à ces assurances en soumettant celles pratiquées par les caisses-maladie au droit privé. Par là, le législateur visait non seulement à établir une distinction claire entre l'assurance-maladie sociale, offrant un catalogue exhaustif de prestations, et les assurances complémentaires, répondant à des souhaits particuliers, mais également à mettre sur pied d'égalité les caisses-maladie et les institutions d'assurance privées (Message du Conseil fédéral, FF 1992 I pp. 122 s.). Ainsi, dans le nouveau droit, le statut des assurances complémentaires est matériellement le même, qu'elles soient pratiquées par des compagnies d'assurance privées ou par des caisses-maladie. En ce domaine, celles-ci ont les mêmes contraintes que celles-là. Admettre que la LAMal ne vise que les assurances complémentaires pratiquées par les caisses-maladie et, partant, que les règles de procédure posées à l'article 47 alinéas 2 et 3 LSA s'agissant des contestations relatives à ces assurances ne s'appliquent qu'aux seuls litiges impliquant des caisses-maladie revient à soumettre les

assurances complémentaires à un régime juridique différent selon qu'elles sont pratiquées par des caisses-maladie ou par des compagnies d'assurance privées, système que le législateur a précisément voulu écarter.

Enfin, il convient de souligner que la pratique des assurances complémentaires suppose nécessairement celle de l'assurance-maladie sociale pour les caisses-maladie puisque, par définition, celles-ci gèrent principalement celle-là (art. 12 al. 1er LAMal). En revanche, une telle corrélation n'existe pas s'agissant des institutions d'assurance privées soumises à la LSA, qui n'ont pas pour vocation essentielle de pratiquer l'assurance-maladie sociale. Dès lors, en ce qui les concerne, on peut se demander si seules les assurances offertes par celles qui pratiquent effectivement l'assurance-maladie sociale sont susceptibles d'être qualifiées d'assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale. Tel semble être l'avis des premiers juges. Toutefois, aucune des dispositions de la LAMal ne fait de la pratique de l'assurance-maladie sociale une condition de celle des assurances complémentaires. De plus, il convient de rappeler que, sous l'ancien droit, les caisses-maladie ne pouvaient pratiquer l'assurance-maladie que selon la LAMA et devaient s'en tenir, dans l'organisation et l'application des assurances complémentaires, aux principes généraux du droit des assurances sociales. Quant aux compagnies d'assurance privées, elles ne pouvaient pratiquer l'assurance-maladie que selon la LCA. Ainsi, à la dichotomie caisses-maladie/compagnies d'assurance privées faisait écho la dichotomie rapport de droit soumis au droit des assurances sociales/rapport de droit soumis au droit privé (Agier, L'assurance collective perte de gain en cas de maladie avant l'entrée en vigueur de la LAMal et après, in LAMal-KVG, Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, précité, pp. 567 ss, spéc. p. 571). Or, la LAMal a non seulement soumis au droit privé les assurances complémentaires pratiquées par les caisses-maladie, mais a aussi conféré aux compagnies d'assurance privées soumises à la LSA le droit de gérer l'assurance-maladie sociale (art. 11 litt. b et 68 al. 3 LAMal). Ainsi, dans le nouveau droit, il n'y a plus de correspondance entre les dichotomies ci-dessus évoquées en ce sens qu'un rapport d'assurance impliquant une caisse-maladie ne relève plus nécessairement du droit des assurances sociales et qu'un rapport d'assurance auquel est partie une compagnie d'assurance privée n'est plus nécessairement régi par le droit privé. En d'autres termes, depuis l'introduction de la LAMal, il n'y a plus de corrélation entre le régime juridique applicable au rapport d'assurance et le statut particulier de l'institution d'assurance partie à ce rapport. Admettre qu'une assurance offerte par une institution d'assurance privée qui ne pratique pas l'assurance-maladie sociale ne peut être qualifiée d'assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale revient à rattacher la nature d'une assurance au statut particulier de l'assureur qui la propose. Autrement dit, c'est rétablir la corrélation qui existait dans l'ancien droit, mais sous une autre forme. De plus, il convient de rappeler que l'un des buts visés par le nouveau droit était d'établir une distinction claire entre l'assurance-maladie sociale et les assurances complémentaires (Message du Conseil fédéral, FF 1992 I pp. 122 s.). Il s'est notamment traduit par la soumission de la pratique des assurances complémentaires à la surveillance de l'Office fédéral des assurances privées (OFAP; art. 21 al. 3 LAMal), ainsi que par la nécessité, pour les caisses-maladie, d'obtenir une autorisation du Département fédéral de justice et police pour pouvoir pratiquer de telles assurances (art. 13 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie [ci-après: OAMal]; Spira, Le nouveau régime de l'assurance-maladie complémentaire, RSA 1995, pp. 192 ss, spéc. pp. 193-194; Ritter, Questions relatives aux assurances complémentaires à la LAMal, RSA 1995, pp. 209 ss, spéc. pp. 210 et 212). Quant à l'autorisation de pratiquer l'assurance-maladie sociale, elle est délivrée par le Département fédéral de l'intérieur (art. 13 al. 1er LAMal) et intervient, pour les caisses-maladie, en même temps que la reconnaissance (art. 12 al. 2 OAMal). A propos de l'autorisation de pratiquer dont ont besoin les institutions d'assurance privées en vertu de l'article 13 LAMal, le Conseil fédéral relève, dans son message (FF 1992 I p. 128), que celle-ci ne peut porter que sur l'assurance-maladie sociale puisque ces assureurs sont déjà habilités à pratiquer les assurances complémentaires.

Ainsi, de l'avis du Conseil fédéral, la pratique des assurances complémentaires n'est pas subordonnée à celle de l'assurance-maladie sociale. Dès lors, rien ne permet que le législateur a entendu réserver la pratique des assurances complémentaires aux seuls assureurs gérant effectivement l'assurance-maladie sociale.

Une interprétation systématique de la LAMal tend bien plutôt à démontrer le contraire.

En définitive, on ne saurait déduire du fait que la LAMal n'accorde expressément le droit de pratiquer des assurances complémentaires qu'aux caisses-maladie que seules celles pratiquées par celles-ci, voire par les assureurs gérant effectivement l'assurance-maladie sociale, sont visées par la LAMal. Par conséquent, on ne saurait non plus d'emblée exclure la nature complémentaire d'une assurance du seul fait que celle-ci n'a pas été conclue auprès d'une caisse-maladie ou auprès d'un assureur privé gérant effectivement l'assurance-maladie sociale.

La solution du présent litige dépend dès lors de ce qu'il faut entendre, d'un point de vue matériel, par assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale.

La LAMal ne donne aucune définition de l'assurance complémentaire, mais se contente de l'opposer à l'assurance-maladie sociale, d'un côté, et autres branches d'assurance, de l'autre. Il convient dès lors d'examiner comment était entendue cette notion dans l'ancien droit.

Jusqu'à l'entrée en vigueur de la LAMal, c'est sur la base de l'article 3 alinéa 5 LAMA que les caisses-maladie pratiquaient, à côté de l'assurance-maladie sociale, d'autres branches d'assurances, au nombre desquelles figuraient les assurances complémentaires (ATF 112 V 307, cons. 2). Selon la jurisprudence, les caisses devaient s'en tenir, dans l'organisation et l'application des assurances complémentaires, aux principes généraux du droit fédéral des assurances sociales, du droit administratif et du doit constitutionnel. En d'autres termes, celles-ci étaient soumises au droit fédéral des assurances sociales (ATF 112 V 307, cons. 2; Spira, Le droit applicable aux assurances complémentaires dans l'assurance-maladie, article précité, pp. 223-224).

Dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 1978, l'article 3 alinéa 5 LAMA ne restreignait pas le droit des caisses-maladie de pratiquer d'autres branches d'assurance à côté de l'assurance-maladie sociale. Dans un arrêt rendu en application de cette disposition (ATF 107 V 39, RJAM 1981 p. 221, cons. 2a et b), le TFA a ainsi considéré comme admissible, dans l'optique de la LAMA, qu'une caisse-maladie pratique l'assurance risque-vie, mais a toutefois nié qu'une telle assurance ressortisse au droit fédéral des assurances sociales. Ainsi, les branches d'assurance, pratiquées par les caisses-maladie à côté de l'assurance-maladie sociale, ne relevaient pas d'ores et déjà du droit fédéral des assurances sociales du seul fait qu'elles comptaient au nombre des offres d'une caisse-maladie reconnue (ATF 107 V 39, RJAM 1981 p. 221, cons. 3b) . Dans cet arrêt, le TFA s est aussi penché - sur la question du critère qu'il convenait de retenir pour tracer une limite entre les branches d'assurance qui, pratiquées par une caisse-maladie, étaient soumises au droit fédéral des assurances sociales et les autres branches d'assurance. En bref, après avoir souligné qu'un sujet de droit privé, au même titre qu'un organe officiel, ne pouvait exercer des fonctions de droit public que si la loi, ou éventuellement la jurisprudence, lui en reconnaissait le droit, il a considéré que, pour qu'une branche d'assurance pratiquée par une caisse-maladie à côté de l'assurance-maladie sociale relève du droit fédéral des assurances sociales, il fallait que la loi éventuellement la jurisprudence, reconnaisse aux caisses-maladie le droit de pratiquer cette branche d'assurance en tant que sujet de droit fédéral des assurances sociales (ATF 107 V 39, RJAM 1981 p. 221, cons. 3c). Analysant les critères retenus par la jurisprudence pour fonder la subordination au droit fédéral des assurances sociales d'une autre branche d'assurance exploitée par les caisses-maladie à côté de l'assurance-maladie sociale, le TFA a constaté que, dans certains cas (par exemple celui de l'assurance indemnité au décès d'un montant modique), ce qui avait été déterminant c'était le fait qu'historiquement, la branche d'assurance en cause appartenait, dès avant la promulgation de la LAMA, au rayon d'activité classique de nombreuses caisses combinées, alors que, dans les autres (par exemple celui

de l'assurance-accidents), le critère jugé décisif avait été celui du rapport interne étroit avec l'assurance-maladie sociale.

Sous l'ancien droit, la notion d'assurance complémentaire ne s'est donc jamais confondue avec l'ensemble des assurances que les caisses-maladie pratiquaient en sus de l'assurance-maladie sociale. malgré une terminologie quelque peu flottante (Viret, article précité, p. 670), il n'apparaît pas non plus qu'elle recouvrait, parmi celles-ci, toutes celles que la jurisprudence avait soumises au droit fédéral des assurances sociales. Pour le comprendre, il est nécessaire de rappeler brièvement la situation qui existait sous l'ancien droit après la modification de l'article 3 alinéa 5 LAMA, entrée en vigueur le 1er janvier 1979. Dans sa nouvelle teneur, cette disposition prévoyait que les caisses-maladie avaient le droit de joindre à l'assurance en cas de maladie et de maternité d'autres branches d'assurance aux conditions et dans les limites fixées par le Conseil fédéral. Cette restriction était nouvelle par rapport au texte en vigueur jusqu'au 31 décembre 1978. Elle a été introduite par la LSA (Spira, Le droit applicable aux assurances complémentaires dans l'assurance-maladie sociale, article précité, p. 222; Ritter, article précité, p. 210). Cette loi excluait en outre expressément les caisses-maladie reconnues par la Confédération de la surveillance des institutions d'assurance privées dans les cas où elles ne pratiquaient que l'assurance en cas de maladie et de maternité (art. 5 al. 1er LSA) ou, lorsqu'elles joignaient d'autres branches à cette assurance, si les trois conditions cumulatives suivantes étaient réalisées : l'assurance en cas de maladie représentait l'élément principal par rapport aux autres branches d'assurance; celles-ci prévoyaient des prestations limitées et étaient en étroite relation avec l'assurance en cas de maladie; seules étaient assurées dans les autres branches d'assurance les personnes couvertes conjointement en cas de maladie par la même caisse (art. 4 al. 1er litt. f en relation avec l'art. 5 al. 2 litt. a à c LSA). Enfin, l'article 5 alinéa 3 LSA donnait au Conseil fédéral la compétence de prévoir des exceptions à ces conditions, ainsi que de fixer le maximum des prestations d'assurance. Le Conseil fédéral n'a fait usage que tardivement des compétences législatives que lui déléguaient les articles 3 alinéa 5 LAMA et 5 alinéa 3 LSA en édictant, le 22 novembre 1989, l'ordonnance sur la pratique d'autres branches d'assurance par les caisses-maladie reconnues, entrée en vigueur le 1er janvier 1990. Les autres branches d'assurance que les caisses-maladie étaient autorisées à pratiquer en vertu de 1 article 3 alinéa 5 LAMA étaient donc constituées de celles qui satisfaisaient aux conditions cumulatives de l'article 5 alinéa 2 LSA, d'un - côté, et de celles énumérées dans l'ordonnance, de l'autre. Elles étaient dans leur ensemble soumises au droit des assurances sociales et échappaient à la surveillance de l'OFAP (Ritter, article précité, p. 210; ATF 119 V 146, à propos d'une assurance indemnité en cas d'invalidité par suite de paralysie). Si la notion d'assurance complémentaire était parfois utilisée, de manière indifférenciée, pour désigner tant les unes que les autres, il semble qu'en réalité, seules les premières relevaient de cette notion. En effet, le critère utilisé par la jurisprudence pour délimiter les assurances complémentaires était celui de l'existence d'un lien matériel immédiat avec l'assurance de base (RJAM 1984 p. 91, cons. 2), soit un critère analogue à celui de l'existence d'une relation étroite avec l'assurance de base, posé à l'article 5 alinéa 2 LSA. Comme le relève Spira (Le droit applicable aux assurances complémentaires dans l'assurance-maladie sociale, article précité, p. 222), la création des assurances complémentaires par les caisses-maladie reconnues répondait au besoin d'un nombre élevé de membres desdites caisses, qui ne s'estimaient pas suffisamment couverts par l'assurance de base. A cet égard, il n'est pas inutile de rappeler que la LAMA n'imposait aucune obligation d'assurance, mais se bornait à fixer les normes minimales auxquelles devaient satisfaire les statuts et autres dispositions des caisses-maladie, obligatoirement organisées selon les principes de la mutualité (art. 3 al. 3 LAMA), pour que celles-ci puissent prétendre les subsides fédéraux (art. premier al. 2 LAMA). En matière de prestations, ces normes minimales figuraient aux articles 12 à 14 LAMA et constituaient ce que l'on avait coutume d'appeler l'assurance de base. Ainsi, la vocation essentielle des assurances complémentaires était de compléter le catalogue des prestations que les caisses-

maladie étaient tenues d'allouer en vertu de la LAMA. C'est aussi ce que traduit le critère de l'existence d'un lien matériel immédiat avec l'assurance de base, utilisé par la jurisprudence pour délimiter ces assurances. A titre d'exemple, le TFA a ainsi admis qu'une assurance offrant la possibilité d'assurer les dommages dentaires en cas d'accidents non couverts par l'assurance-accidents incluse dans l'assurance de base des soins médicaux et pharmaceutiques présentait un tel lien matériel et devait être qualifiée d'assurance complémentaire (RJAM 1984 p. 91). En revanche, les assurances mentionnées dans l'ordonnance sur la pratique d'autres branches d'assurance par les caisses-maladie reconnues n'étaient pas des assurances complémentaires au sens ci-dessus évoqué. Elles couvraient des risques (décès et invalidité par suite de paralysie) et allouaient des prestations non assurées ex lege. Matériellement, elles constituaient des assurances étrangères à l'assurance-maladie sociale (Ritter, article précité, p. 210; Spira, Le droit applicable aux assurances complémentaires dans l'assurance-maladie sociale, article précité, p. 227). C'est pour des raisons historiques que la jurisprudence les a, dans un premier temps, soumises au droit des assurances sociales (ATF 107 V 39, RJAM 1981, p. 221). Après l'introduction de l'ordonnance ci-dessus mentionnée, elles constituaient les branches d'assurance que les caisses-maladie avaient le droit de pratiquer, sans être soumises à la surveillance de l'OFAP, bien qu'elles ne remplissent pas les conditions cumulatives posées à l'article 5 alinéa 2 LSA.

Comme le relève Viret (article précité, p. 670), en distinguant les assurances complémentaires des autres branches d'assurance, l'article 12 alinéa 2 LAMal introduit davantage de clarté, même si, à son avis, il ne suffit pas à délimiter de manière indiscutable les deux domaines. Les autres branches d'assurance mentionnées par cette disposition sont toutefois circonscrites par l'article 14 OAMal. Hormis les frais de traitement et l'indemnité journalière en cas d'accident, les assurances visées par cette disposition sont les mêmes que celles énumérées dans l'ordonnance sur la pratique d'autres branches d'assurance par les caisses-maladie reconnues. Ainsi, si l'ancien droit n'établissait pas toujours de distinction claire entre les assurances complémentaires et les autres branches d'assurance, qui, tout comme celles-ci, mais, pour d'autres raisons, étaient soumises au droit des assurances sociales, le nouveau droit semble quant à lui clairement distinguer ces deux notions, ce qui n'empêche toutefois pas Maurer (Das neue Krankenversicherungsrecht, 1996, p. 132) de considérer que les autres branches d'assurance mentionnées à l'article 12 alinéa 2 LAMal constituent aussi des assurances complémentaires. Quoi qu'il en soit, il apparaît en tout cas indiscutable que les assurances qui présentent un lien matériel immédiat avec l'assurance-maladie sociale ou, autrement dit, celles dont la vocation est de compléter le catalogue des prestations assurées selon la LAMal, doivent être qualifiées d'assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale.

Dans le cas d'espèce, le risque couvert par le contrat collectif en cause est le même que celui couvert à titre principal par la LAMal et les prestations assurées sont de même nature que celles prévues aux articles 67 et suivants LAMal. Indéniablement, il existe donc un lien matériel immédiat entre l'assurance en cause et l'assurance-maladie sociale.

Reste encore à examiner si, comme l'ont implicitement admis les premiers juges, la qualification d'assurance complémentaire d'une assurance perte de gain en cas de maladie soumise au droit privé suppose la conclusion d'une assurance d'indemnités journalières selon la LAMal. A cet égard, il convient de rappeler que, sous l'ancien droit, les caisses-maladie ne pouvaient proposer des assurances complémentaires qu'aux personnes conjointement couvertes auprès d'elles en cas de maladie (art. 5 al. 2 litt. c aLSA; Ritter, article précité, p. 210; Spira, Le droit applicable aux assurances complémentaires dans l'assurance-maladie sociale, article précité, p. 222). Bien qu'aucune obligation d'assurance ne fût imposée par le droit fédéral (art. premier LAMA; Spira, article précité, p. 221), la conclusion d'une assurance complémentaire supposait donc nécessairement celle d'une assurance de base. De ce fait, les prestations assurées par le biais des assurances complémentaires apparaissaient toujours comme des suppléments aux prestations déjà couvertes par l'assurance de base. En

revanche, dans le nouveau droit, les assurances complémentaires peuvent être souscrites auprès d'un autre assureur que celui avec lequel a été conclue l'assurance-maladie sociale (Maurer, op. cit., n. 324, p. 132; Ritter, article précité, p. 212). Dès lors, un assureur LAMal peut proposer une assurance complémentaire à une personne qui n'est assurée auprès de lui ni pour l'assurance obligatoire des soins, ni pour l'assurance facultative d'indemnités journalières. Toutefois, étant donné le caractère obligatoire de l'assurance des soins (art. 3 LAMal), il existe forcément dans ce domaine, fût-ce auprès d'un autre assureur, un rapport d'assurance principal, au regard duquel le rapport d'assurance soumis au droit privé n'est que résiduel. En revanche, en ce qui concerne la perte de gain en cas de maladie, il n'existe pas nécessairement de rapport d'assurance principal fondé sur la LAMal, l'assurance d'indemnités journalières prévue par cette loi n'étant que facultative (art. 67 LAMal). La qualification d'assurance complémentaire d'une assurance perte de gain soumise au droit privé ne saurait toutefois dépendre de l'existence effective d'un tel rapport d'assurance. En effet, si, sous l'ancien droit, la conclusion d'une assurance complémentaire supposait celle d'une assurance de base, cela découlait de l'obligation faite aux caisses-maladie de n'assurer en complémentaire que les personnes assurées auprès d'elles pour l'assurance de base, obligation que le nouveau droit a supprimée. En définitive, il importe peu, s'agissant de caractériser une assurance perte de gain soumise au droit privé, que l'assuré soit ou non au bénéfice d'une assurance d'indemnités journalières de la LAMal. Il convient bien plutôt d'admettre qu'une assurance, soumise au droit privé, d'indemnités journalières en cas d'incapacité de travail due à une maladie doit être considérée comme une assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale dans la mesure où elle couvre un risque identique et assure des prestations de même nature que celle-ci. Maurer (op. cit., p. 134), qui considère que l'assurance d'indemnités journalières peut être souscrite soit au titre de l'assurance facultative prévue par la LAMal, soit au titre d'une assurance complémentaire soumise à la LCA, est d'ailleurs du même avis. Enfin, il n'est pas inutile de rappeler qu'en plus de l'assurance-maladie sociale, la LAMal ne confère aux caisses-maladie que le droit de pratiquer des assurances complémentaires et d'autres branches d'assurance. Ces dernières sont limitativement énumérées à l'article 14 OAMal, qui ne mentionne nullement l'assurance d'indemnités journalières selon la LCA. On ne voit dès lors pas à quel autre titre que celui d'une assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale, les caisses-maladie sont autorisées, depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, à pratiquer l'assurance perte de gain en cas de maladie selon la LCA (Gnaegi, Le droit du travailleur au salaire en cas de maladie, RSA 1997, pp. 228 ss, spéc. pp. 239 s.; Agier, article précité, p. 5 72).

Reste encore à examiner quel est le juge compétent dans le canton de Vaud pour trancher les litiges en matière d'assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale.

Aux termes de l'article 47 alinéa 1er LSA, le juge statue sur les contestations de droit privé qui s'élèvent entre les institutions d'assurance ou entre celles-ci et les assurés.

S'agissant de droit privé, c'est aux cantons qu'il revient de désigner le juge compétent en matière d'assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale (art. 64 al. 3 Cst.). Répondant aux voeux du législateur fédéral (BO CE 1993 p. 1095; Spira, Le contentieux de la nouvelle assurance-maladie, article précité, p. 258) et aux interrogations de certains auteurs (Ritter, article précité, p. 214; Spira, Le nouveau régime de l'assurance-maladie complémentaire, article précité, p. 198), le Grand Conseil du canton de Vaud a, par décret du 20 mai 1996, attribué ce contentieux au Tribunal cantonal des assurances.

Les travaux préparatoires relatifs à ce décret font toutefois apparaître qu'en adoptant ce texte législatif, l'intention du législateur cantonal était de laisser dans la compétence du Tribunal des assurances les litiges ayant pour fondement juridique les assurances complémentaires qu'il connaissait déjà, soit celles qui étaient pratiquées par les caisses-maladie (BGC, session mai 1996, pp. 138 ss, spéc. chiffre 1, p. 141). La volonté du législateur semble donc plus restrictive que la lettre de la loi. Dans ces conditions, il convient en premier lieu de déterminer le sens qu'il faut attribuer à ce décret. Ce n'est qu'ensuite que, le cas échéant, il fau-

dra examiner si celui-ci ne recèle pas une lacune, qui devrait être comblée par le juge, s'agissant de l'autorité judiciaire compétente pour connaître des litiges relatifs aux assurances complémentaires impliquant une institution d'assurance privée. En effet, ainsi que cela a déjà été dit plus haut, seules les lacunes proprement dites doivent être comblées par le juge et la présence de telles lacunes suppose que le législateur s'est abstenu de régler un point qu'il aurait dû régler et qu'aucune solution ne se dégage du texte ou de l'interprétation de la loi (ATF 121 III 219, JT 1996 I 162, cons. 1d/aa).

Selon la jurisprudence, la loi s'interprète en premier lieu pour elle-même, c'est-à-dire selon sa lettre, son esprit et son but, ainsi que les valeurs sur lesquelles elle repose. A cet égard, les travaux préparatoires ne sont pas directement déterminants pour l'interprétation et ne lient pas l'autorité judiciaire; ils ne sont toutefois pas dénués d'intérêt et peuvent s'avérer utiles pour dégager le sens d'une norme car ils révèlent la volonté du législateur, laquelle demeure, avec les jugements de valeur qui la sous-tendent, un élément décisif dont le juge ne saurait faire abstraction même dans le cadre d'une interprétation téléologique (ATF 121 III 219, JT 1996 I 163, cons. 1d/aa; ATF 119 II 183, cons. 4b/aa).

En l'espèce, après avoir rappelé que la LAMal établissait une distinction claire entre l'assurance-maladie sociale, soumise à la législation sociale, et les assurances complémentaires, régies par le droit privé, le législateur cantonal a souligné les conséquences procédurales de ce système en relevant, en particulier, que, selon le choix opéré par les cantons, il y aurait deux procès séparés devant des juridictions différentes ou, au contraire, un seul procès devant la même autorité (ce qui n'est que partiellement exact, cf. à cet égard, Ritter, article précité, pp. 213-214). Tenant pour préférable "que le Tribunal cantonal des assurances continue à connaître du contentieux des assurances complémentaires" (BGC, session mai 1996, p. 141), il a opté, à titre provisoire, pour la solution de l'unité de juridiction. Ainsi, il semble que, dans l'esprit du législateur cantonal, la question de la compétence n'avait qu'un seul aspect, en l'occurrence, celui du maintien de la compétence du Tribunal des assurances s'agissant des litiges relatifs aux assurances complémentaires. Or, cette question en avait un second, à savoir celui du maintien de la compétence des tribunaux civils pour connaître de ce contentieux. En effet, sous l'ancien droit, le rapport d'assurance auquel était partie une compagnie d'assurance privée ressortissait, dans son entier, aux tribunaux civils, les institutions d'assurance privées n'étant autorisées à pratiquer l'assurance-maladie que selon la LCA. L'introduction de la LAMal a établi une distinction nette entre l'assurance-maladie sociale, soumise au droit des assurances sociales, qu'elle soit pratiquée par une caisse-maladie ou par une institution d'assurance privée, et les assurances complémentaires, régies par le droit privé, sans égard, là non plus, à l'assureur partie au rapport d'assurance. Dans le nouveau droit, l'autorité compétente pour connaître du rapport d'assurance qui, matériellement, relève de l'assurance-maladie sociale est donc le Tribunal des assurances, quel que soit l'assureur partie à ce rapport (art. 86 al. 1er LAMal). Ainsi, si la distinction opérée par la LAMal entre l'assurance-maladie sociale et les assurances complémentaires posait inévitablement la question du maintien de la compétence du Tribunal des assurances s'agissant des litiges relatifs aux assurances complémentaires pratiquées par les caisses-maladie, elle n'en soulevait pas moins celle du maintien de la compétence des tribunaux civils s'agissant des assurances complémentaires pratiquées par les compagnies d'assurance privées.

Comme relevé ci-dessus, il ressort des travaux préparatoires qu'en confiant au Tribunal des assurances le contentieux relatif aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale, le législateur cantonal n'avait à l'esprit que celles pratiquées par les caisses-maladie. Toutefois, rien n'indique qu'il a, par là, voulu exclure la compétence dudit tribunal en ce qui concerne les assurances complémentaires pratiquées par les compagnies d'assurance privées et laisser celles-ci dans la compétence des tribunaux civils. Il semble bien plutôt qu'il n'a pas aperçu que, dans le nouveau droit, le statut des assurances complémentaires était matériellement le même, qu'elles soient pratiquées par des caisses-maladie ou par des compagnies d'assurance privées. Quoi qu'il en soit, laisser dans la compétence des tribu-

naux civils le contentieux relatif aux assurances complémentaires pratiquées par les compagnies d'assurance privées serait contraire au but poursuivi par le législateur, lequel était de confier à une seule et même autorité judiciaire le contentieux de l'assurance-maladie sociale et celui des assurances complémentaires (BGC, session mai 1996, p. 141). Interprété téléologiquement, le décret ne saurait donc avoir d'autre sens que celui de l'attribution au Tribunal des assurances de l'entier du contentieux relatif aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale.

Conforme à la lettre et à l'esprit de la loi, cette solution se justifie aussi sur le plan de la cohérence du système judiciaire. En effet, dans l'hypothèse inverse, le juge compétent en matière d'assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale serait déterminé par l'identité de l'assureur, critère d'autant plus artificiel que, dans le système introduit par la LAMal, il n'existe plus de corrélation entre le régime juridique applicable au rapport d'assurance et le statut particulier de l'institution d'assurance partie à ce rapport, le statut des assurances complémentaires étant, matériellement, le même, que celles-ci soient pratiquées par des caisses-maladie ou par des compagnies d'assurance privées. De plus, une compétence bicéphale, au même stade de la procédure, pour le même contentieux, augmenterait le risque de jurisprudences contradictoires et serait de nature à entraîner des inégalités de traitement entre assurés pour des raisons parfois indépendantes de leur volonté, les assurances complémentaires collectives pour perte de gain en cas de maladie étant contractées par leur employeur et non par eux-mêmes.

Enfin, on ne saurait non plus ignorer que la législation fédérale impose aux cantons de prévoir une procédure simple et rapide, dans laquelle le juge établit d'office les faits et apprécie librement les preuves en ce qui concerne les contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale (art. 47 al. 2 LSA). Ces prescriptions visent tant les assurances complémentaires pratiquées par les caisses-maladie que celles offertes par les compagnies d'assurance privées (cf. cons. 4b in fine ci-dessus; Agier, article précité, pp. 582-583). Ainsi, si le juge civil, par exemple la Cour civile, se voyait confier le contentieux des assurances complémentaires auxquelles sont parties les compagnies d'assurance privées, il devrait statuer selon des règles procédurales qui sont inconnues de sa procédure ordinaire. En revanche, le Tribunal des assurances est familiarisé avec lesdites exigences procédurales, qui lui sont imposées par la législation sociale fédérale et reprises dans la LTA. Certes, contrairement au juge civil, il n'a pas jusqu'à ce jour appliqué la LCA, mais il sera de toute façon confronté à cette difficulté puisque les assurances complémentaires pratiquées par les caisses-maladie sont régies par cette loi. De plus, cette difficulté est quelque peu atténuée par sa connaissance du risque maladie, les définitions du droit privé étant susceptibles de correspondre à celles du droit administratif (Viret, article précité, p. 678).

En définitive, le recours doit être admis et le jugement réformé en ce sens que le Tribunal des assurances est compétent pour statuer sur les prétentions du demandeur P. S. P. contre la défenderesse. La Suisse Assurances.

Selon l'article 47 alinéa 3 LSA, dans les contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale, les parties ne supportent aucuns frais de procédure; toutefois, le juge peut mettre à la charge de la partie téméraire tout ou partie de ses frais. D'après Spira (Le contentieux de la nouvelle assurance-maladie, article précité, p. 258) et Agier (article précité, p. 583), l'article 47 alinéas 2 et 3 ne s'appliquerait qu'en première instance. On ne saurait les suivre sur ce point, tout du moins s'agissant de l'article 47 alinéa 3 LSA. En effet, cette disposition a une teneur quasi identique à celle de l'article 343 alinéa 3 CO, qui prévoit notamment que, dans les litiges résultant du contrat de travail dont la valeur litigieuse ne dépasse pas 20'000 francs, les parties n'ont à supporter ni émoluments ni frais judiciaires. En outre, tout comme l'article 343 alinéa 3 CO, elle suit un alinéa qui impose certaines règles de procédure aux cantons. Or, d'après la jurisprudence fédérale (ATF 98 1a 561, cons. 6a), l'article 343 alinéa 3 CO vaut pour tous les degrés de juridiction que le litige peut parcourir, y compris pour la procédure devant le Tribunal fédéral, même si l'alinéa 2 de

cette disposition ne s'adresse qu'aux cantons. Il convient dès lors d'admettre que le principe de la gratuité de la procédure, posé à l'article 47 alinéa 3 LSA, s'applique devant la cour de céans.

Bien qu'il obtienne gain de cause et soit représenté par un avocat, le recourant n'a pas droit à des dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil dès lors qu'il n'a pris aucune conclusion en ce sens.

Par ces motifs,
la Chambre des recours
du Tribunal cantonal,
statuant en audience publique,
p r o n o n c e

I. Le recours est admis.

II. Le jugement est réformé aux chiffres I, II et III de son dispositif comme il suit :

I.-La requête en déclinatoire de la défenderesse, La Suisse Assurances, est rejetée.

II.-Le Tribunal cantonal des assurances est compétent pour statuer sur les prétentions du demandeur, P. S. P., contre la défenderesse.

III.-Supprimé.

III. L'arrêt, rendu sans frais ni dépens, est exécutoire.

Le dispositif de l'arrêt qui précède est communiqué par écrit aux intéressés.