

Tribunal cantonal du canton de Vaud, 25 novembre 1998,
J. c. Assura, Caisse-Maladie

Faits: Par jugement du 6 mai 1998, le Président du Tribunal des assurances du canton de Vaud a rejeté l'action de la demanderesse K.-E. J.

Ce jugement retient notamment les faits suivants:

La demanderesse K.-E. J. est assurée auprès de la défenderesse Assura, caisse-maladie et accidents, depuis 1992. En 1996 et 1997, elle bénéficiait des couvertures d'assurance suivantes:

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

Du 7 au 10 juillet 1997, la demanderesse a été hospitalisée à l'hôpital de M. pour y subir une intervention chirurgicale visant au remplacement de prothèses mammaires. Celle-ci a été effectuée le 7 juillet 1997 par le Dr M., spécialiste FMH en chirurgie plastique et reconstructive. La défenderesse a pris en charge les frais relatifs à cette hospitalisation en allouant à l'assurée le forfait applicable en division générale d'un hôpital public du canton de Vaud, à savoir 425 fr. par jour, plus 630 fr. de taxe d'entrée, soit au total 2'330 fr., sous réserve d'une participation de l'assurée de 233 francs. Elle a en revanche refusé de prendre en charge la note d'honoraires complémentaire de 4'900 fr. établie par le Dr M., laquelle était libellée de la façon suivante "Prise en charge esthétique - hors assurance Frs. 2000.00 Prothèses mammaires Frs. 2900.00". Elle a invoqué à cet égard le chiffre 4.1.3 de ses Conditions générales pour l'assurance-maladie complémentaire, qui exclut les interventions de chirurgie plastique et reconstructive de la couverture d'assurance. Considérant que les prestations litigieuses relevaient uniquement de l'assurance complémentaire, elle n'a pas rendu de décision formelle à ce propos, mais a invité l'assurée, par lettre du 14 janvier 1998, à ouvrir action devant le Tribunal des assurances du canton de Vaud en cas de désaccord.

Le 16 février 1998, K.-E. J. a recouru auprès du Tribunal des assurances contre le refus de la défenderesse de rendre une décision formelle et de prendre en charge la facture complémentaire du Dr M. Après avoir relevé qu'elle avait droit à la couverture totale des frais de l'opération pratiquée le 7 juillet 1997 à titre de prestation obligatoirement à la charge de la défenderesse, elle a notamment conclu que celle-ci lui doit paiement de la somme de 4'900 fr., plus intérêt à 5 % l'an dès le 7 juillet 1997.

Après avoir indiqué que l'acte déposé par K.-E. J. devait être considéré comme une demande et non comme un recours, la défenderesse a notamment conclu au rejet de la demande.

Considérant que le litige portait uniquement sur la prise en charge par la défenderesse, au titre des assurances complémentaires souscrites par la demanderesse, de la totalité des honoraires du Dr M. pour l'intervention pratiquée le 7 juillet 1997, le premier juge a admis que le recours devait être considéré comme une action. Il a rejeté celle-ci pour le motif que l'opération en cause entraînait manifestement dans le cadre des exclusions prévues par le chiffre 4.3.1 des Conditions générales pour l'assurance maladie complémentaire de la défenderesse.

En temps utile, K.-E. J. a recouru contre ce jugement en prenant, avec dépens, les conclusions en réforme suivantes:

K.-E. J. a droit à la couverture totale par Assura, Caisse-maladie, de l'opération pratiquée le 7 juillet 1997 par le Dr P. M. au titre de prestation obligatoire à la charge de la caisse-maladie;

Assura, Caisse-maladie, doit et paiera à K.-E. J. Fr. 4'900 (quatre mille neuf cents francs), plus intérêts à 5 % l'an dès le 7 juillet 1997.

Dans son mémoire, déposé dans le délai imparti à cet effet, elle a développé ses moyens et confirmé les conclusions prises dans son acte de recours.

L'intimée a conclu au rejet du recours.

Motifs: Le présent litige soulève la question de l'existence d'une voie de recours cantonale contre les décisions rendues par le Tribunal des assurances. Dès lors qu'il s'agit d'une question 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 cette question, 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 (LAMal), 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 selon 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).

La recourante prend des conclusions et fait valoir des moyens par lesquels elle réclame des prestations fondées sur l'assurance-maladie obligatoire. Elle soutient en bref que l'entier de l'opération litigieuse, qui consistait à extraire des prothèses mammaires, d'une part, et à en poser de nouvelles, d'autre part, entre dans le cadre des prestations obligatoirement à la charge des caisses-maladie dès lors que tant l'enlèvement que la pose de telles prothèses étaient médicalement indiquées.

La première question qu'il y a lieu de résoudre est donc celle de savoir si un litige portant sur l'application de la législation fédérale en matière d'assurance-maladie sociale peut, après avoir été porté devant le tribunal cantonal des assurances, être déféré à une seconde autorité cantonale de recours.

Dans le domaine des assurances sociales ou, tout du moins, dans une partie de ce domaine, le droit fédéral 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 (cf. à cet égard art. 85 al. 1er de la loi fédérale sur l'assurance vieillesse et survivants (LAVS) et 69 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI); ATF 110 V 54, RCC 1984 p. 192, cons. 3b et 4).

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 le point 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, à un assuré ou à un tiers. Toutefois, dans son Message concernant la révision de l'assurance-maladie (FF 1992 I 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).

Force est ainsi d'admettre que, 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, ses décisions ne sont pas susceptibles de recours auprès du Tribunal cantonal.

Par conséquent, dans la mesure où les griefs invoqués par la recourante relèvent du droit de l'assurance-maladie sociale, le recours est irrecevable.

La recourante ne saurait toutefois être éconduite d'instance en vertu de l'article 61 alinéa 3 CPC, le droit fédéral dérogeant à cette disposition. En effet, selon l'article 107 alinéa 2 OJF, applicable à la procédure du recours de droit administratif devant le Tribunal fédéral des assurances par renvoi de l'article 132 OJF, lorsque le recours est adressé en temps utile à une autorité incompétente, par quoi il faut entendre toute autorité fédérale, cantonale ou communale (ATF III V 406), celle-ci transmet sans retard le recours au Tribunal fédéral des assurances. Dans la mesure où celui-ci paraît compétent, en vertu de l'article 91 LAMal, pour connaître du recours fondé sur l'assurance-maladie sociale, la Chambre des recours lui transmettra le dossier.

C'est en tant que juge du contentieux relatif aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale, conformément à l'article premier du décret, que le président du Tribunal des assurances, après avoir considéré le recours déposé par la demanderesse comme une action, s'est déclaré compétent pour en connaître. Il convient donc encore de se demander s'il existe un recours cantonal à l'encontre des décisions rendues par le Tribunal des assurances en vertu de la compétence que lui confère l'article premier du décret.

Depuis l'introduction de la LAMal, le 1er janvier 1996, les assurances complémentaires, même pratiquées par des caisses-maladie, sont soumises au droit privé (art. 12 al. 3 LAMal), seule l'assurance-maladie sociale, qui comprend l'assurance obligatoire des soins et une assurance facultative d'indemnités journalières, étant régie par cette loi (art. 1er al. 1er 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, n° 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 en matière civile que le législateur vaudois a conféré au Tribunal des assurances. C'est ainsi en qualité de juge civil, dont

la compétence matérielle découle d'une norme cantonale, que le premier juge a rejeté l'action introduite par la demanderesse. Dans cette mesure, la question que pose la présente espèce est celle de l'existence d'un recours cantonal à l'encontre des décisions rendues par le Tribunal des assurances en vertu de la compétence civile que lui confère l'article premier du décret.

Dans un arrêt de principe (Ch. rec., Soares Pereira c. La Suisse Assurances, 24 juin 1998), la cour de céans s'est demandé si le décret, qui est dépourvu de toute disposition relative aux voies de droit, ne recelait pas une lacune devant être comblée par le juge. A cet égard, elle a en bref relevé ce qui suit: 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 cantonal contre les décisions rendues par le Tribunal des assurances en vertu de la compétence civile que lui confère le décret devrait être admise si, en l'absence d'un tel recours, ce principe n'était pas respecté.

Il y a dès lors lieu d'examiner si et dans quelle mesure les décisions rendues par le Tribunal des assurances en matière d'assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale sont sujettes à recours.

Depuis l'introduction de la LAMal, les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale sont soumises au droit privé (art. 12 al. 3 LAMal). Les litiges relatifs à de telles assurances constituent ainsi 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; Wurzbürger, Les conditions objectives du recours en réforme au Tribunal fédéral, thèse Lausanne, 1964, pp. 170-171). Ainsi, s'agissant des causes dans lesquelles la valeur litigieuse est d'au moins 8'000 fr., l'absence de recours cantonal contre les jugements au fond rendus par le Tribunal des assurances en vertu de la compétence civile que lui confère l'article premier du décret ne serait pas contraire au principe de la garantie de la double instance, mais permettrait, bien plutôt, d'éviter la triple instance. En revanche, en l'absence de recours cantonal, le Tribunal des assurances statuerait définitivement lorsque la valeur litigieuse est inférieure à 8'000 fr., le recours au Tribunal fédéral n'étant pas ouvert dans un tel cas. Le principe de la garantie de la double instance ne serait donc pas respecté.

Dans ces conditions, force est d'admettre l'existence d'une lacune proprement dite de la loi que le juge doit combler conformément à l'article premier alinéa 2 CC. Il convient dès lors d'ouvrir le recours au Tribunal cantonal, en application par analogie de l'article 451a alinéa 1er in initio CPC, contre les jugements rendus par le Tribunal des assurances en vertu de la compétence civile que lui confère l'article premier du décret lorsque le recours en réforme au Tribunal fédéral n'est pas ouvert, soit lorsque la valeur litigieuse est inférieure à 8'000 francs.

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

En l'espèce, on peut déduire de la seconde conclusion du recours, qui tend au paiement par la défenderesse de la somme de 4'900 fr., plus intérêt à 5 % l'an dès le 7 juillet 1997, que la recourante entend obtenir la réforme du jugement attaqué en ce sens que l'action est admise. Dans cette mesure, le présent recours est donc recevable.

S'agissant d'un recours en réforme, le pouvoir d'examen quant aux faits de l'autorité de recours est fixé aux articles 452 et suivants CPC. L'article 457 CPC, qui vise les jugements rendus par un président de tribunal statuant comme juge unique ou par un juge de paix, déroge toutefois à ces dispositions. Cette différence se justifie en particulier par le fait que la procédure suivie devant les présidents et les juges de paix n'est pas soumise au principe de la libre allégation et des offres de preuve, mais à la maxime inquisitoire (Poudret/Wurzbürger/Haldy, Procédure civile vaudoise, 1996, n. 1 ad art. 457 CPC, pp. 664-665). C'est pour la même raison que l'article 457 CPC s'applique aussi par analogie au recours interjeté contre un jugement rendu par un tribunal de prud'hommes (art. 74 litt. c LTPr) ou par le tribunal des baux (art. 13 LTB), ainsi qu'en matière d'expulsion du locataire (art. 29 LEx).

En ce qui concerne les contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale, le droit fédéral impose aux cantons de prévoir une procédure simple et rapide, dans laquelle le juge établit d'office les faits et apprécie librement les preuves (art. 47 al. 2 LSA). Dans cette mesure, il se justifie d'appliquer l'article 457 CPC par analogie au recours contre un jugement rendu par le Tribunal des assurances en vertu de la compétence civile que lui confère l'article premier du décret. 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.

Dans le cadre du recours en réforme, le juge n'est pas lié par la cause juridique invoquée par les parties à l'appui de leurs prétentions. Conformément à l'article 6 CPC, il est tenu d'appliquer d'office les règles de droit et de contrôler d'office le bien-fondé du jugement. Il n'est donc lié que par l'objet et le montant des conclusions et non par leur fondement juridique (JT 1982 III 81, cons. 2; Poudret/Wurzbürger/Haldy, op. cit., n. 3 ad art. 3 CPC, p. 33 et n. 4 ad art. 465 CPC, p. 682). Peu importe dès lors que la recourante fasse uniquement valoir des moyens fondés sur le droit de l'assurance-maladie sociale. Dans la mesure où elle a non seulement conclu à la prise en charge par l'intimée de l'entier des frais relatifs à l'opération litigieuse à titre de prestation obligatoirement à la charge des caisses-maladie, mais aussi au paiement de la somme de 4'900 fr. , plus intérêt à 5 % l'an dès le 7 juillet 1997, la cour de céans doit examiner d'office si dame J. peut prétendre au versement de cette somme au titre des assurances complémentaires qu'elle a souscrites auprès de l'intimée.

Dans le premier de ses moyens fondés sur la législation sociale, la recourante fait valoir que tant l'enlèvement que la pose de nouvelles prothèses mammaires étaient médicalement indiquées et, partant, que ni l'un ni l'autre ne relevaient de l'esthétique. Toutefois, selon le jugement attaqué, l'intervention du Dr M. consistant en le remplacement de prothèses mammaires relevait de la chirurgie plastique et reconstructive. Or, la cour de céans ne saurait remettre en cause cette circonstance de fait retenue par le premier juge (art. 457 CPC).

Il convient en outre de relever que la recourante n'a, à aucun stade du procès, requis de mesure d'instruction propre à établir la nature de l'opération en cause. Elle n'a, en particulier, pas demandé qu'une expertise soit ordonnée. Certes, vu la maxime inquisitoire, le premier juge aurait pu ordonner d'office une telle expertise.

Dans le cas d'espèce, la cour de céans ne saurait toutefois examiner si c'est à juste titre qu'il ne l'a pas fait. En effet, la violation du devoir d'instruire d'office constitue un moyen de nullité et la Chambre des recours n'entre en matière que sur les moyens de nullité invoqués (Poudret/Wurzbürger/Haldy, op. cit., n. 2 ad art. 470 CPC, p. 689). Pour le surplus, il convient de relever que, si l'obligation pour le juge d'établir d'office les faits, posée à l'article 47 alinéa 2 LSA, a pour conséquence que celui-ci peut et doit fonder son prononcé sur tous les faits pertinents établis lors des débats, même si les parties ne les ont pas invoqués à l'appui de leurs conclusions, elle ne dispense pas les parties d'une collaboration active à la procédure;

c'est à elles qu'il incombe au premier chef de renseigner le juge sur les faits de la cause et de lui indiquer les moyens de preuve disponibles, le juge devant simplement s'assurer, notamment par l'interpellation des parties, que leurs allégations et leurs offres de preuves sont complètes lorsqu'il a des motifs objectifs d'éprouver des doutes à ce sujet (ATF 107 II 233, cons. 2 b et c à propos de l'article 343 al. 4 CO dont la teneur est sur ce point identique à celle de l'art. 47 al. 2 LSA; JT 1989 III 17).

En définitive, au vu de la circonstance de fait retenue par le premier juge, selon laquelle l'intervention litigieuse relevait de la chirurgie plastique et reconstructive, et de l'article 4.1.3 des conditions générales pour l'assurance maladie complémentaire de l'intimée, qui exclut de la couverture d'assurance les interventions de chirurgie plastique et reconstructive, force est d'admettre que la recourante ne peut prétendre, pour cette opération, à des prestations fondées sur les assurances complémentaires qu'elle a souscrites auprès de l'intimée.

Au vu de ce qui précède, le recours ne peut qu'être rejeté, dans la mesure où il est recevable.

S'agissant d'une contestation relative aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale, le présent arrêt doit être rendu sans frais (art. 47 al. 3 LSA; Ch. rec., Soares Pereira c. La Suisse Assurances, précité) .

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 rejeté dans la mesure où il est recevable.

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

III. Le dossier est transmis au Tribunal fédéral des assurances.

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