

Tribunal cantonal du canton de Vaud, 5 février 1999  
P. c. Assura, Caisse Maladie et Accidents, Pully

**Faits:** En 1996, P. P., né le 9 février 1959, était affilié auprès d'ASSURA caisse-maladie et accidents (ci-après: la caisse) pour la couverture Basis, soit l'assurance obligatoire des soins médicaux, pharmaceutiques et hospitaliers, de même que pour l'assurance complémentaire Complementa Plus.

Le 24 juillet 1996, l'intéressé a rempli une proposition d'assurance en vue d'augmenter de 300 fr. à 1'500 fr. la franchise relative à son assurance obligatoire des soins à partir du 1er août 1996 et d'étendre son assurance complémentaire aux frais d'hospitalisation en division privée ou clinique, sans limitation du choix de l'établissement (Ultra).

Au vu des réponses fournies par P. P. au questionnaire médical annexé à la proposition d'assurance, desquelles il ressortait notamment que l'intéressé était atteint du syndrome de Reiter, la caisse l'a invité, par courrier-type du 27 septembre 1996, à se soumettre dès que possible à une visite médicale auprès de son médecin traitant, le Dr D., à A. L'écrit précisait que les frais relatifs à cet examen incomberaient à la caisse.

Le même jour, celle-ci a adressé à ce praticien une lettre sollicitant un examen médical de son assuré.

Cette correspondance était rédigée en ces termes:

"( ... ) Vous voudrez bien, lors de l'examen, compléter les rubriques du rapport médical figurant en annexe et adresser ce document dès que possible à notre médecin-conseil.

Pour le cas où des investigations supplémentaires seraient effectuées sans autorisation préalable de notre médecin-conseil (par exemple ECG, ponction, etc...), nous vous prions de bien vouloir informer votre patient que celles-ci lui seront facturées directement. ( ... )."

Du rapport établi le 16 avril 1997 par le Dr D. après auscultation de P. P., il ressort en substance les éléments suivants:

- le prénommé est atteint de la maladie de Reiter depuis 1980;
- les résultats de l'urographie et de la cystoscopie entreprises par le Dr H., urologue auprès duquel le médecin traitant avait adressé son patient après avoir décelé du sang dans les urines, étaient normaux. Ce spécialiste n'envisageait en conséquence aucune autre investigation.

Le 4 juillet 1997, la caisse a informé son assuré qu'elle avait adapté les garanties offertes par sa police à partir du 1er juillet 1997. Le contrat de P. P. comprenait ainsi dès dite date les catégories d'assurance Basis avec franchise de 1'500 francs, Complementa Plus et Optima Plus, dernière couverture que l'intéressé avait finalement préférée à celle de l'Ultra.

Après avoir réglé la note d'honoraires du médecin traitant, s'élevant à 67 fr., la caisse a précisé à son assuré, par courrier du 8 août 1997, qu'elle ne prendrait pas en charge celles de 190 fr. 25 et de 81 fr. 90 établies par les Drs D. et H., de même que la cystoscopie et les autres examens effectués à l'hôpital de M., facturés par cet établissement à hauteur de 994 francs 70, au motif que ces montants n'atteignaient pas la franchise annuelle de 1'500 fr. prévue dans sa police d'assurance de catégorie Basis.

Par acte du 23 avril 1998, P. P. a saisi le Tribunal des assurances, concluant implicitement à la prise en charge par la caisse des notes d'honoraires de 190 fr. 25 et 81 fr. 90 établies par les Drs D. et H., ainsi que des factures de 237 fr. 45'523 fr. 50 et 233 fr. 75 émanant de l'hôpital de M., dès lors qu'elles étaient en relation avec la visite médicale requise par la défenderesse. Il soutient que de tels examens et investigations n'auraient jamais été entrepris si la caisse ne l'avait pas invité à se soumettre à une consultation auprès de son médecin traitant.

Dans sa réponse du 20 mai 1998, la défenderesse conclut au rejet des prétentions de l'intéressé. Elle expose que les examens complémentaires effectués à la demande du médecin traitant, tant par le Dr H. que par l'hôpital de M., allaient au-delà de la stricte visite médicale requise. De plus, il avait été procédé à ces investigations à la suite d'une manifestation pathologique, soit des traces de sang décelées dans les urines. Dès lors, ces examens complémentaires constituaient des mesures diagnostiques et thérapeutiques à la charge de l'assurance obligatoire des soins de la catégorie Basis, dont la franchise s'élevait à 1'500 fr. à partir du 1er août 1996. Le coût des investigations complémentaires n'atteignant pas cette somme, l'assuré n'avait droit à aucune prestation de la caisse.

La défenderesse a encore relevé que la présence de sang dans les urines pouvait être une manifestation de la maladie de Reiter, affection que P. P. avait signalée dans le questionnaire médical qu'il avait rempli en vue de l'extension de sa couverture d'assurance complémentaire.

Interpellé par le juge instructeur quant à la nature des soins dispensés à l'assuré pour la période du 27 novembre 1996 au 24 mars 1997, facturés à hauteur de 994 fr. 70 par l'hôpital de M., le Dr H. a expliqué que le traitement avait consisté en une cystoscopie pratiquée dans le cadre de l'investigation d'une micro-hématurie, examen effectué dans l'établissement hospitalier précité. Ce praticien a encore précisé que sa note d'honoraires de 81 fr. 90 se rapportait à la consultation donnée au demandeur, de même qu'à la rédaction d'un rapport à l'intention du médecin traitant.

Le Dr D. a pour sa part précisé les éléments suivants concernant les soins qu'il avait prodigués à P. P. durant la période du 22 novembre 1996 au 25 février 1997 et facturés à hauteur de 190 fr. 25:

- lors de l'examen médical de son patient, deux éléments pathologiques nécessitant des investigations ont été décelés, soit une hématurie et des cervico-scapulalgies droites; après avoir mis en évidence des traces de sang dans les urines, démontrées à trois reprises, le médecin traitant a effectué une culture d'urine, qui s'est révélée négative, puis a adressé P. P. au Dr H., urologue. Il a invité ce spécialiste à effectuer un bilan urinaire dès lors que son patient souffrait de longue date d'une maladie de Reiter et qu'une hématurie pouvait également constituer le premier signe d'une atteinte tumorale; les examens pratiqués n'ont rien démontré de pathologique.

La défenderesse s'est déterminée le 28 décembre 1998 sur les courriers des deux praticiens. Elle a relevé en substance, qu'elle avait, par courrier du 27 septembre 1996, invité le médecin traitant du demandeur à préciser à son patient que toutes les investigations entreprises sans l'autorisation préalable du médecin-conseil lui seraient facturées directement. La caisse a souligné qu'en conséquence elle ne saurait être tenue responsable du fait que le Dr D. n'avait pas jugé utile d'informer P. P. de ces instructions.

**Motifs:** Il convient dans un premier temps de déterminer si le litige opposant la caisse à son assuré ressort de l'assurance-maladie sociale ou de l'assurance-maladie complémentaire, régie par la loi sur le contrat d'assurance (LCA), et, partant, d'examiner la recevabilité des conclusions prises par P. P. dans son écrit du 23 avril 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 Ia 412, spéc. p. 425; ATF III 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'Etat du 20 mai 1996 attribuant au tribunal de céans le contentieux des assurances complémentaires à l'assurance obligatoire.

En l'espèce, la défenderesse estime que les factures litigieuses ressortissent à des frais de traitement couverts par l'assurance obligatoire des soins Basis, concernant laquelle la police de P. P. prévoit une franchise de 1'500 fr.; elle n'a cependant pas statué sur leur prise en charge par une décision formelle au sens de l'article 80 LAMal.

A considérer l'objet du litige, il convient de constater que celui-ci ne porte pas sur le droit aux prestations de la catégorie d'assurance Basis mais sur la prise en charge d'exams effectués en relation avec une demande d'affiliation aux assurances complémentaires.

En conséquence, il y a lieu de considérer qu'il s'agit là d'un litige en matière d'assurance complémentaire.

Partant, l'acte par lequel P. P. a saisi l'autorité de céans est recevable et celle-ci peut entrer en matière sur le fond.

Selon l'article 11.2, de ses conditions générales d'assurance (CGA), la défenderesse a la possibilité de faire examiner l'un de ses assurés par son médecin-conseil ou un thérapeute de son choix.

In casu, dès lors que P. P. lui demandait une extension de sa couverture d'assurance complémentaire, la caisse l'a invité, conformément à la clause rapportée ci-dessus, à se soumettre à une visite médicale auprès de son médecin traitant. La lettre adressée à l'intéressé à cet effet mentionnait expressément que les frais relatifs à l'examen médical requis seraient à la charge de la caisse.

Par courrier-type envoyé au Dr D., la défenderesse a, ensuite, prié ce dernier de compléter les rubriques du questionnaire médical qu'elle lui faisait parvenir, précisant que des investigations supplémentaires ne pourraient être effectuées sans l'autorisation préalable du médecin-conseil.

De cet écrit, il ressort clairement que la prestation requise de ce praticien était un rapport sommaire, résultant de l'examen pratiqué normalement au cabinet d'un médecin généraliste. Au demeurant, le questionnaire envoyé au Dr D. pour qu'il y consigne ses observations tenait sur une page et ne requérait aucune explication détaillée.

En procédant à l'examen médical de P. P., selon la demande de la caisse, le Dr D. a décelé la présence de sang dans les urines et a alors décidé d'adresser son patient à un

urologue. Il convient de considérer que c'est à juste titre que ce praticien a estimé que cette anomalie méritait l'avis d'un spécialiste, sa démarche étant d'ailleurs tout autant dans l'intérêt de l'assuré que dans celui de la caisse. De plus, s'inscrivait-elle dans le cadre de l'examen ordonné par celle-ci. En effet, le médecin traitant n'aurait pas pu répondre correctement aux questions posées par la défenderesse s'il n'avait pas entrepris de tels examens complémentaires.

Ainsi, il y a lieu d'observer que le coût de ces dernières investigations rentre dans les frais découlant de la visite médicale requise par la défenderesse et incombe à cette dernière, telle qu'elle l'avait précisé dans son courrier du 27 septembre 1996 adressé à P. P.

Certes, le praticien aurait dû demander l'autorisation du médecin-conseil de la caisse avant d'ordonner des examens complémentaires, conformément aux instructions reçues de celle-ci. On ne peut cependant faire grief au patient d'une omission administrative imputable à son médecin traitant, ce d'autant plus que si le Dr D. s'était borné à informer la caisse de la présence de sang dans les urines sans investiguer au-delà, il est probable que la défenderesse aurait envoyé P. P. chez un urologue afin d'effectuer des analyses propres à détecter une éventuelle affection rénale.

En conséquence, il y a lieu d'admettre la demande de P. P., dès lors que les frais des examens complémentaires ordonnés par le Dr D. ne constituent pas des frais de soins couverts par l'assurance obligatoire Basis, concernant laquelle une franchise de 1'500 fr. a été prévue, mais entrent dans les coûts de l'examen médical requis par la caisse dans le cadre de la demande d'extension de couverture d'assurance complémentaire présentée par le demandeur.

Il doit enfin être observé que les litiges relatifs au montant de ces examens complémentaires qui pourraient opposer la caisse et les fournisseurs de soins n'ont pas à être examinés ici.

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

La demande est admise.

Les factures de 190 fr. 25 du Dr D., 81 fr. 90 du Dr H., 237 francs 45, 523 fr. 50 et 233 fr. 75 de l'Hôpital de M. sont à la charge d'Assura, Caisse-maladie et accidents.

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, excep

tions, 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).