

# **BGer K 50/99 vom 8. Februar 2000**

Bundesgericht, 2000-02-08, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger\\_K\\_50\\_99](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_K_50_99)

FR: TF K 50/99 du 8 février 2000

IT: TF K 50/99 del 8 febbraio 2000

## **Regeste**

Assurance-maladie

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Selon l' art. 107 OJ (auquel renvoie l' art. 132 OJ ), le délai est aussi réputé observé lorsque le recours est adressé en temps utile à une autorité incompétente (al. 1); l'autorité incompétente transmet sans retard le recours au Tribunal fédéral (al. 2). En l'espèce, le jugement du Tribunal des assurances du canton de Vaud du 6 mai 1998 a été notifié à l'assurée le 9 juillet 1998. Les écritures de l'assurée des 13 août 1998 et 7 septembre 1998 (remises à la poste les jours mêmes) ont été adressées à la Chambre des recours dans le délai de 30 jours selon l' art. 106 al. 1 OJ en corrélation avec l' art. 34 al. 1 let. b OJ . Ces deux écritures doivent donc être traitées comme un recours de droit administratif interjeté en temps utile contre le jugement précité du tribunal des assurances.

### **E. 2**

Au 1er janvier 1996 est entrée en vigueur la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal), qui remplace celle du 13 juin 1911 (LAMA). Sous l'empire de la LAMA, le contentieux en matière d'assurances complémentaires au sens de l' art. 3 al. 5 LAMA ressortissait au juge des assurances sociales, selon la procédure définie aux art. 30 ss LAMA ( ATF 108 V 42 , 105 V 296 consid. 1b). Désormais, les assurances complémentaires pratiquées par les assureurs-maladie sont régies par la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA; RS 221. 229.1), conformément à l' art. 12 al. 3 LAMal , de sorte que le juge des assurances sociales n'est plus compétent pour connaître des litiges, de nature privée, qui pourraient survenir dans ce domaine entre assureurs et assurés ( ATF 124 V 135 consid. 3 et les références citées). Le canton de Vaud a désigné, pour trancher les litiges relatifs aux assurances complémentaires, la même autorité que le tribunal qui est compétent pour connaître des litiges entre assurés et assureurs dans l'assurance sociale conformément à l' art. 86 LAMal ; en l'occurrence, il s'agit du Tribunal des assurances, conformément à un décret du Conseil d'Etat du 20 mai 1996, entré en vigueur le 23 juillet 1996 (RSV 2.2 D). Cette solution, consistant à confier à une même juridiction cantonale les deux types de litiges répond à un voeu exprimé à l'occasion des ultimes débats parlementaires au sujet de la LAMal (voir SPIRA, Le contentieux en matière d'assurance-maladie selon le nouveau droit, Revue jurassienne de jurisprudence [RJJ], 1996 p. 200). D'autre part, en vertu de l' art. 102 al. 2 LAMal , les caisses devaient adapter au nouveau droit leurs dispositions relatives aux prestations complémentaires dans le délai d'une année dès l'entrée en vigueur de la LAMal (première phrase), c'est-à-dire au plus tard au 1er janvier 1997. Les droits et les obligations des assurés étaient régis par l'ancien droit tant que l'adaptation n'était pas effectuée (deuxième phrase); pendant cette période transitoire, les litiges en ce domaine

continuaient à relever de la compétence du juge des assurances sociales ( ATF 124 V 134 ). En l'occurrence, s'agissant d'un traitement qui a eu lieu en 1997 (après la période transitoire), le Tribunal fédéral des assurances n'a pas la compétence d'examiner le droit à des prestations qui résulteraient des assurances complémentaires souscrites par la recourante. Le litige ne peut donc se circonscrire qu'à la prise en charge par la caisse, en tout ou partie, des honoraires du docteur M. \_\_\_\_\_, au titre de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal.

### **E. 3**

On relèvera d'autre part que la caisse aurait dû rendre une décision formelle quant à la prise en charge des frais litigieux en vertu de l'assurance obligatoire des soins ( art. 80 LAMal ) et ensuite, le cas échéant, une décision sur opposition ( art. 85 LAMal ). Elle ne pouvait se contenter, par une simple lettre, d'exprimer l'avis que les prestations légales selon la LAMal avaient été allouées à l'assurée et que seul demeurerait litigieux le droit à des prestations découlant de l'assurance complémentaire. Cette informalité n'a toutefois pas eu d'incidence négative pour l'assurée. En effet, selon l' art. 86 al. 2 LAMal , le recours peut aussi être formé lorsque l'assureur n'a pas rendu de décision ni de décision sur opposition, en dépit de la demande de l'assuré. La recourante a précisément fait usage de cette faculté en saisissant d'un recours le Tribunal des assurances du canton de Vaud. Pour sa part, en considérant le recours porté devant lui comme une action relative à l'application du régime des assurances complémentaires, le tribunal des assurances a en même temps nié - de manière plus ou moins explicite - le droit de l'assurée à la prise charge des honoraires litigieux du docteur M. \_\_\_\_\_ en vertu des prescriptions de la LAMal. Rien ne s'oppose donc à ce que le Tribunal fédéral des assurances examine cette question comme autorité judiciaire de dernière instance ( art. 128 OJ ).

### **E. 4**

Sur le fond, on peut tout d'abord se demander si la caisse n'a pas satisfait à ses obligations découlant de la LAMal par le seul fait qu'elle a versé un montant équivalent au forfait applicable en division commune d'un hôpital public du canton de Vaud ( art. 25 al. 2 let . e LAMal en corrélation avec l' art. 49 LAMal ). En effet, sous réserve des dispositions de l' art. 49 al. 2 LAMal , les soins médicaux sont compris dans le forfait convenu pour la rémunération du traitement hospitalier conformément à l' art. 49 al. 1 LAMal . Sauf exceptions prévues par la convention tarifaire, il n'y a pas de place pour une facturation séparée des honoraires du médecin et la demande de remboursement du montant de 4900fr. facturés par le docteur M. \_\_\_\_\_ semble dépourvu de fondement au regard du système de convention tarifaires avec les hôpitaux. De toute façon, il n'est pas nécessaire d'examiner plus avant cette question tarifaire, car, comme on le verra, la mise en place de nouvelles prothèses mammaires, dans les présentes circonstances, ne fait pas partie des prestations incombant obligatoirement à l'assurance et ne saurait donc, à ce titre, être mise à la charge de l'intimée. a) Aux termes de l' art. 33 al. 1 LAMal , le Conseil fédéral peut désigner les prestations fournies par un médecin ou un chiropraticien dont les coûts ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins ou le sont à certaines conditions. Cette disposition se fonde sur la présomption que médecins et chiropraticiens appliquent des traitements et mesures qui répondent aux conditions posées par l' art. 32 al. 1 LAMal ( ATF 125 V 28 consid. 5b). Il incombe ainsi au Conseil fédéral de dresser une liste "négative" des prestations qui ne répondraient pas à ces critères ou qui n'y répondraient que partiellement ou sous condition. Selon l' art. 33 al. 3 LAMal , le Conseil fédéral détermine d'autre part

dans quelle mesure l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts d'une prestation nouvelle ou controversée, dont l'efficacité, l'adéquation ou le caractère économique sont en cours d'évaluation. A l' art. 33 OAMal et comme l'y autorise l' art. 33 al. 5 LAMal , le Conseil fédéral a délégué à son tour au Département fédéral de l'intérieur (DFI) les compétences susmentionnées. Celui-ci a fait usage de cette sous-délégation en promulguant, le 29 septembre 1995, l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS; RS 832. 112.31). Cette ordonnance détermine notamment les prestations visées par l'art. 33 let. a et c OAMal - dispositions qui reprennent textuellement les règles posées aux al. 1 et 3 de l' art. 33 LAMal - dont l'assurance-maladie obligatoire des soins prend en charge les coûts, avec ou sans condition, ou ne les prend pas en charge. b) Aux termes du ch. 1.1 "Chirurgie générale" de l'annexe 1 à l'OPAS, la reconstruction mammaire opératoire est prise en charge pour rétablir l'intégrité physique et psychique de la patiente après une amputation médicalement indiquée. Ces conditions ont été fixées dans une décision de la Commission des prestations (cf. les art. 37a let. b et 37d OAMal en liaison avec l'art. 1er OPAS) en août 1984 (RAMA 1984 p. 212 ch. 3), puis reprises dans l'ancienne Ordonnance 9 du DFI concernant certaines mesures diagnostiques ou thérapeutiques à la charge des caisses-maladie, dans sa version modifiée du 31 janvier 1995 (RO 1995 891). Cette disposition de l'annexe 1 à l'OPAS n'apparaît pas contraire à la loi (voir à propos de l'examen par le juge de la conformité à la loi et à la Constitution de la liste figurant dans l'annexe à l'OPAS : ATF 125 V 30 consid. 6a); elle correspond d'ailleurs à la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances développée sous l'empire de la LAMA ( ATF 111 V 229 ). c) La pose de nouveaux implants mammaires en vue d'augmenter le volume des seins relève du domaine de la reconstruction mammaire opératoire. Or, comme on l'a vu, celle-ci n'est une mesure obligatoirement à la charge des assureurs-maladie qu'à la suite d'une amputation médicalement indiquée, ce qui n'est pas le cas en l'espèce. Il est vrai que, mise à part l'éventualité d'une amputation, on ne saurait a priori exclure des situations où la correction chirurgicale de défauts esthétiques de la poitrine puisse être considérée comme une mesure obligatoirement à la charge des assureurs-maladie (p. ex. en cas d'agénésie ou d'hypertrophie mammaire); mais il s'agit de cas où il existe un défaut esthétique tout à fait hors du commun (EUGSTER, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Krankenversicherung, ch. 85 et ch. 93), hypothèse non réalisée en l'espèce. La mesure litigieuse visait le rétablissement d'une situation antérieure pour laquelle aucune prestation d'assurance-maladie n'était due (et n'a été versée). En pareil cas et comme le Tribunal fédéral des assurances l'a d'ailleurs jugé, en application de la LAMA, les frais nécessités par la mise en place de nouveaux implants n'incombent pas à l'assurance au titre des prestations obligatoires (RAMA 1997 no K 987 p. 292 consid. 4d). d) La recourante fait valoir que, dans la mesure où l'enlèvement des implants constituait une prestation obligatoirement à la charge de l'intimée, parce qu'il était indispensable au traitement d'une affection (cf. RAMA 1997 no K 987 p. 292 consid. 4d), la pose de nouveaux implants était médicalement justifiée, sans quoi sa poitrine fût restée flasque après avoir été soutenue par des prothèses pendant près de vingt années. Elle se prévaut de la jurisprudence selon laquelle les altérations visibles de certaines parties du corps, quand elles sont dues à la maladie, peuvent, sous certaines conditions, justifier un traitement opératoire à la charge de l'assureur-maladie (voir par exemple ATF 121 V 119). Cette jurisprudence ne saurait toutefois s'appliquer en l'espèce : le défaut esthétique invoqué n'est pas tant la conséquence de la maladie pour laquelle l'assurée a été traitée (développement de kystes), mais provient bien plutôt du fait que celle-ci a subi dans le

passé une intervention de chirurgie plastique qui n'était aucunement motivée par un état maladif.

**E. 5**

Il s'ensuit que le recours est mal fondé. Vu la nature du litige, la procédure est gratuite ( art. 134 OJ ).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.