

CHAMBRE DES RECOURS CIVILE

Arrêt du 2 novembre 2011

Présidence de M. CREUX, président
Juges : MM. Winzap et Pellet
Greffier : M. Perret

Art. 7, 143 al. 1, 319 let. a, 321, 326, 405 al. 1 CPC; 129 al. 1 Cst-VD

Statuant à huis clos sur le recours interjeté par **H.**_____, à [...], demandeur, contre le jugement rendu le 8 août 2011 par le Juge unique de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal dans la cause divisant le recourant d'avec **Z.**_____ **SA**, à [...], défenderesse, la Chambre des recours civile du Tribunal cantonal voit :

En fait :

A. Par jugement du 8 août 2011 notifié aux parties le 15 août suivant, le Juge unique de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté la demande déposée le 24 février 2010 par H. _____ (I) et rendu le jugement sans frais ni dépens (II).

En droit, le premier juge a retenu, en substance, que si l'assurance complémentaire conclue par H. _____ auprès de Z. _____ SA couvrait les soins prodigués à l'assuré prénommé par le thérapeute A. _____ du X. _____ Institut, comme il ressortait des conditions générales et particulières de l'assurance précitée, l'assuré n'avait toutefois pas établi la nécessité de suivre les traitements dont il réclamait le remboursement pour la période entre le 29 août et le 17 septembre 2009, de sorte que le refus de prise en charge de ces coûts par l'assurance était justifié. En outre, le premier juge a considéré qu'il n'y avait pas lieu de statuer sur la prise en charge des factures ultérieures, faute de conclusions du demandeur à ce sujet.

B. Par acte motivé déposé le 16 septembre 2011, H. _____ a recouru contre ce jugement, concluant, avec suite de dépens, principalement à sa réforme en ce sens que Z. _____ SA est son débiteur et doit lui rembourser la facture de 910 fr. qui lui a été adressée par X. _____ Institut en lien avec les traitements subis entre le 29 août et le 17 septembre 2009 (IIa) et que Z. _____ SA devra prendre à sa charge toutes les factures ultérieures de l'institut précité pour autant qu'elles soient justifiées médicalement (IIb). Subsidiairement, le recourant a conclu à l'annulation du jugement entrepris, le dossier de la cause étant renvoyé à l'autorité intimée pour nouvelle instruction et/ou décision dans le sens des considérants (III).

L'intimée Z._____ SA a déposé sa réponse dans le délai imparti, concluant principalement à l'irrecevabilité du recours, subsidiairement à son rejet.

C. La Chambre des recours civile fait sien dans son entier l'état de fait du jugement, complété par les pièces du dossier, dont il ressort notamment ce qui suit :

1. a) En 2009, H._____ était assuré auprès de Z._____ SA pour l'assurance obligatoire des soins pour la maladie (catégorie [...]) et pour une assurance complémentaire [...] (catégorie [...]), niveau 3, avec une échéance au 31 décembre 2011, prolongée tacitement.

Selon les conditions générales pour les assurances maladie et accidents complémentaires (ci-après : CGC), le contrat d'assurance est régi par les prescriptions de la LCA (loi du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance; RS 221.229.1) (art. 1 ch. 1 CGC). La proposition d'assurance, la police d'assurance, les conditions générales, les conditions particulières ainsi que les éventuelles conventions particulières constituent les bases du contrat d'assurance (art. 1 ch. 2 CGC). L'assurance couvre principalement les conséquences économiques de la maladie, de la maternité et de l'accident (art. 2 première phrase CGC). Par maladie, on entend toute atteinte à la santé physique ou mentale qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail (art. 3 ch. 1 CGC). En ce qui concerne l'exclusion de prestations, l'art. 18 ch. 1 let. g CGC prévoit qu'il n'y a pas de couverture d'assurance pour les coûts d'un traitement inefficace, inadéquat ou non économique. Par non économique, on entend la mesure médicale qui ne se limite pas à l'intérêt de l'assuré et n'est pas conforme au but du traitement. L'efficacité doit être prouvée par des méthodes scientifiques.

Il ressort des conditions particulières de l'assurance complémentaire [...] (catégorie [...]), dont les dispositions sont régies par

les CGC, édition du 1^{er} juillet 2000, selon la LCA, que les prestations sont octroyées en cas de maladie, d'accident et de maternité (art. 2). Dans la liste des prestations assurées figurent les médecines alternatives, à raison de 90% pour le niveau 3, selon une liste comprenant notamment acupuncture, auriculothérapie, électroacupuncture, naturopathie, phytothérapie et ventouses (art. 5.1 et 5.1.1).

b) Le 15 juin 2009, Z._____ SA a invité A._____, du X._____ Institut, médecine traditionnelle chinoise, à compléter un questionnaire relatif au traitement en médecine alternative suivi par H._____. L'institut précité a répondu le 18 juin 2009 que l'assuré prénommé avait commencé le 12 janvier 2009 un traitement de 16 séances pour divers troubles, qu'après traitement la douleur au dos avait disparu, les douleurs au thorax et lombes étaient bien moindres ("*beaucoup moins*"), le sommeil allait mieux, les troubles digestifs étaient moins forts, enfin que l'assuré sentait moins la fatigue et le stress. A la question "*Sur la base de son état de santé actuel, d'autres traitements sont-ils encore nécessaires?*", l'institut a répondu : "*Je ne sais pas, mais je lui souhaite bonne santé*".

Le 3 août 2009, Z._____ SA a écrit à l'assuré que l'assurance complémentaire intervenait "*pour répondre des conséquences économiques de la maladie, de la maternité et de l'accident. Par contre, les thérapies de bien-être, de confort, d'entretien voire de soutien font partie de la prévention et ne remplissent pas les critères précités*". L'assureur considérait en l'occurrence que la prise en charge des frais du traitement de médecine alternative n'était plus justifiée puisque, selon le thérapeute concerné, elle n'était plus nécessaire au vu de l'état de santé de l'assuré.

Le 17 septembre 2009, X._____ Institut a établi à l'adresse de H._____ une facture d'un montant de 910 fr. pour sept séances d'acupuncture et de massage effectuées entre le 29 août et le 17 septembre 2009. Z._____ SA a reçu cette facture le 1^{er} décembre 2009.

Dans un certificat médical du 19 novembre 2009, le Dr M. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a exposé ce qui suit :

"Ce patient, âgé de 51 ans, présente des lombalgies basses depuis de nombreuses années. Un bilan complet avait été réalisé en 2005 par un CT-scan mettant en évidence une hernie discale L4-L5 foraminale et extra-foraminale gauche ainsi qu'une protrusion discale L5-S1. Un traitement antalgique a été instauré avec traitement physiothérapeutique. Dans un deuxième temps, des infiltrations localisées ont été pratiquées par le Dr [...], neurochirurgien. Depuis lors, un traitement conservateur a donc pu être instauré permettant de maintenir la situation confortable. Aucun trouble neurologique n'a été mis en évidence.

Parallèlement, le patient a été opéré en mars 2006 d'une déchirure du ménisque interne dont l'évolution s'est révélée satisfaisante."

Après avoir soumis le cas au Dr D. _____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin conseil, Z. _____ SA a écrit le 11 janvier 2010 à l'assuré qu'après réexamen du dossier, aucun élément nouveau ne lui permettait de modifier le refus de prise en charge du traitement de médecine alternative.

2. Par acte déposé le 24 février 2010 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, H. _____ a conclu au paiement par Z. _____ SA de "*la facture du X. _____ Institut, en particulier la facture de Fr. 910 de 2009 [...] et les factures ultérieures*".

Dans une attestation établie le 9 février 2010, A. _____ a indiqué que le traitement suivi par l'assuré auprès du X. _____ Institut avait compris des méthodes d'acupuncture, de massage tuina, d'électrothérapie et de lampe magnétique, ainsi que la pose de ventouses et de la phytothérapie, en précisant qu'après les traitements, la douleur était soulagée, mais que le patient avait eu une nouvelle crise.

Deux ordonnances médicales ont été délivrées à l'assuré les 18 mars et 11 avril 2010, respectivement par le Centre médico-chirurgical [...] et par le Dr P. _____, généraliste FMH, chacune pour six séances d'acupuncture.

Dans sa réponse du 5 mai 2010, la défenderesse Z._____ SA a conclu au rejet de la demande.

Par certificat médical du 31 mai 2010, le Dr P._____ a attesté ce qui suit :

"M. H._____ a présenté diverses douleurs somatiques, dont notamment des douleurs lombaires qui ont nécessité une prise en charge orthopédique spécialisée (Dr M._____), ainsi que des infiltrations localisées (Dr [...]), permettant un certain soulagement. Dans le courant de ces derniers mois, M. H._____ m'a informé qu'il avait recours à la médecine chinoise pour ses douleurs du rachis, et que cette approche donnait de bons résultats, avec une bonne action sur ses douleurs pour une durée de 3 à 4 mois. Il m'a d'ailleurs demandé une ordonnance pour des séances d'acupuncture, que j'ai accepté de faire le 11 avril dernier (6 séances), au vu du soulagement obtenu par ce traitement, et bien que je n'aie pas la compétence pour juger de l'indication d'un traitement de médecine chinoise.

Je tiens à préciser que M. H._____ présente des douleurs du rachis réelles, et qui ont pu être objectivées médicalement, sans que je n'aie pu entrevoir qu'il demandait un traitement de médecine chinoise pour des soins de confort.

Je pense que M. H._____ ressent aujourd'hui un manque de reconnaissance concernant la véracité des douleurs présentées, ce d'autant plus qu'il a toujours tenu à poursuivre son activité professionnelle, sans rechercher qu'il lui soit prescrit d'arrêt de travail."

En droit :

1. Le jugement entrepris ayant été rendu après l'entrée en vigueur du CPC (Code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272) le 1^{er} janvier 2011, la procédure de recours est régie par ce dernier (art. 405 al. 1 CPC), lequel s'applique aux litiges en matière d'assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale, peu importe qu'il soit soumis à la juridiction civile ou qu'il reste de la compétence d'un tribunal des assurances (art. 7 CPC; Rüetschi, in Sutter-Somm/Hasenböhler/Leuenberger, Kommentar zur Schweizerischen Zivilprozessordnung, Zurich-Bâle-Genève 2010, n. 15 ad art. 7 CPC).

2. Le recours est recevable contre les décisions finales de première instance qui ne peuvent pas faire l'objet d'un appel (art. 319 let. a CPC).

a) La procédure devant le Juge unique de la Cour des assurances sociales ayant été ouverte avant le 1^{er} janvier 2011, il y a lieu d'examiner la compétence *rationae materiae* de la Cour de céans selon le droit transitoire.

Selon l'art. 73 al. 1 LOJV (loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01), la Chambre des recours civile connaît de tous les recours contre les décisions d'autorités judiciaires qui ne sont pas attribués par la loi ou le règlement à une autre section du Tribunal cantonal ou à une autre autorité judiciaire.

En principe, sous réserve de règles spécifiques (par exemple recours contre les jugements rendus par la Cour civile ou son juge instructeur dans les cas prévus aux art. 60, 444, 445, 451 ch. 6 et 7 et 451a CPC-VD [Code de procédure civile du canton de Vaud du 14 décembre 1966, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010]), un recours horizontal, entre cours du Tribunal cantonal, qui sont des juridictions cantonales de degré supérieur et de même rang, est exclu (JT 1985 III 57; Poudret/Haldy/Tappy, Procédure civile vaudoise, 3^{ème} éd., Lausanne 2002, n. 2 ad art. 443 CPC-VD). La Chambre des recours a dérogé à ce principe et, en vertu du principe de la double instance, ancré à l'art. 129 Cst-VD (Constitution du canton de Vaud du 14 avril 2003; RSV 101.01), introduit par voie prétorienne une voie de recours contre les jugements du Tribunal des assurances en matière d'assurance complémentaire lorsque le recours en matière civile au Tribunal fédéral n'était pas ouvert, soit si la valeur litigieuse n'atteignait pas le minimum fixé par l'art. 74 al. 1 LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral; RS 173.110) et si la cause ne soulevait pas de question juridique de principe (JT 2009 III 15). La Chambre des recours a admis que cette voie de recours restait applicable à l'égard d'un

jugement rendu par la Cour des assurances sociales (CREC I 24 février 2010/92), solution approuvée par la doctrine (Tappy, Note sur le contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie *de lege lata et de lege ferenda*, JT 2009 III 24).

Selon l'art. 129 al. 1 Cst-VD, toute décision judiciaire en matière civile ou pénale peut être portée devant une seconde instance au niveau cantonal. Si cette disposition ne déployait pas d'effets immédiats (JT 2004 III 76; JT 2006 III 90), elle est devenue directement applicable à l'échéance du délai de droit transitoire de l'art. 179 al. 3bis Cst-VD, soit à l'entrée en vigueur de la procédure civile unifiée, le 1^{er} janvier 2011 (Tappy, *op. cit.*, JT 2009 III 22).

Dans son article précité, paru avant que le législateur cantonal adapte l'organisation judiciaire vaudoise au nouveau CPC, Tappy a conclu que, puisqu'il ne constituerait qu'une norme habilitante, permettant aux cantons de prévoir une instance cantonale unique sans le leur imposer, l'art. 7 CPC ne pourrait être considéré comme une règle de droit supérieur affranchissant le législateur vaudois de l'obligation de respecter l'art. 129 al. 1 Cst-VD. Il était d'avis que le canton pourrait soumettre le contentieux des assurances complémentaires à la compétence de la Cour des assurances sociales ou de son président sans les déclarer instance cantonale unique au sens de l'art. 7 CPC. Leurs décisions, même non susceptibles de recours en matière civile au Tribunal fédéral, auraient été soumises aux voies de droit (appel ou recours) prévues aux art. 308 et suivants CPC, attribuées à la Chambre des recours civile, respectivement à la Cour d'appel civile, aucune règle expresse ou implicite du CPC n'empêchant un canton de confier certains litiges à une cour de son tribunal cantonal et en seconde instance à une autre cour du même tribunal, l'argument défavorable à un recours "latéral" lié à une apparence de prévention résultant des liens entre juges cantonaux ayant perdu de sa pertinence à la suite de l'élargissement du Tribunal cantonal (Tappy, *op. cit.*, JT 2009 III 23).

Pour les procédures ouvertes après le 1^{er} janvier 2011, le législateur cantonal a en définitive renoncé à créer un tribunal spécial statuant en instance unique sur les litiges relatifs aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie, considérant que la garantie de la double instance figurant à l'art. 129 Cst-VD s'opposait à cette solution. Il a en outre estimé qu'il n'était pas envisageable de confier ces affaires à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, celle-ci faisant partie de l'autorité judiciaire supérieure du canton, et a dès lors soumis ces litiges à la juridiction civile ordinaire (cf. Exposé des motifs relatif à la réforme de la juridiction civile - Codex 2010 volet "procédure civile", mai 2009, pp. 27-28).

Il n'en demeure pas moins que le législateur cantonal, en renonçant à faire usage de la faculté que lui conférait l'art. 7 CPC de confier les causes en cette matière à une juridiction cantonale unique, a montré qu'il privilégiait le principe de la double instance ancré à l'art. 129 Cst-VD. Conscient du conflit existant entre le respect de la double instance et l'absence de principe du recours horizontal, il a confié les litiges en la matière aux juridictions civiles ordinaires *ratione valoris*, de sorte qu'ils puissent faire l'objet d'un appel à la Cour d'appel civile si la valeur litigieuse est supérieure à 10'000 francs.

Dans la période transitoire où des jugements sont communiqués par la Cour des assurances sociales, respectivement son Président, après le 1^{er} janvier 2011 dans des procédures introduites avant cette date, il y a dès lors lieu, suivant les priorités données par le législateur cantonal, de privilégier le principe constitutionnel de double instance, désormais directement applicable, et d'admettre la recevabilité de l'appel à la Cour d'appel civile (respectivement la Chambre des recours civile lorsque la valeur litigieuse est inférieure à 10'000 fr.) dans ces hypothèses.

b) En l'espèce, le recours est dirigé contre un jugement rendu par un juge unique de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en matière d'assurance-maladie complémentaire. Les conclusions

du recourant tendent à la prise en charge par l'intimée de la facture établie le 17 septembre 2009 par X. _____ Institut ainsi que de "toutes les factures ultérieures dudit institut pour autant qu'elles soient justifiées médicalement". Les conclusions au sujet des factures futures sont toutefois irrecevables car prématurées, leur justification médicale n'étant en l'état pas vérifiable. La valeur litigieuse est donc déterminée par la seule facture du 17 septembre 2009, dont le montant s'élève à 910 francs.

Au vu de ce qui précède, la Chambre des recours civile est compétente pour statuer sur le présent recours, dirigé contre une décision finale qui ne peut pas faire l'objet d'un appel au vu de sa valeur litigieuse inférieure à 10'000 fr. (art. 319 let. a CPC).

L'intimée fait valoir que le recours est tardif, car parvenu au Tribunal cantonal le 20 septembre 2011. Ce grief tombe cependant à faux, dès lors que le moment déterminant pour juger du respect du délai de recours s'agissant d'un acte adressé par voie postale est la date du dépôt de l'envoi auprès de la Poste suisse (art. 143 al. 1 CPC; Tappy, CPC commenté, Bâle 2011, n. 11 ad art. 143 CPC). Or, en l'espèce, l'acte de recours a été expédié le 16 septembre 2011, ainsi qu'en atteste le sceau postal, de sorte qu'il respecte le délai de recours de trente jours (art. 321 CPC).

Cela étant, interjeté en temps utile par une partie ayant un intérêt juridique, le recours est recevable.

3. Le recourant se prévaut du certificat médical du Dr P. _____ du 31 mai 2010 qui attesterait de la nécessité du traitement médical sous forme d'acupuncture chinoise, de sorte que les séances relatives à la facture du 17 septembre 2009 devraient lui être remboursées à concurrence de 910 francs.

Concernant les principes de droit applicable, les parties se réfèrent à ceux retenus dans la décision attaquée et on peut les inclure à

la présente par adoption de motifs. L'intimée ne conteste d'ailleurs pas que les soins prodigués par X. _____ Institut soient en tant que tels couverts par l'assurance complémentaire. Elle conteste toutefois qu'il puisse y avoir une indication médicale au traitement litigieux.

L'unique question litigieuse porte donc sur la valeur probante du certificat médical invoqué par le recourant.

Le traitement dont le remboursement est litigieux couvre une période allant du 29 août au 17 septembre 2009. Le certificat invoqué a été établi plus de 8 mois après la fin de ce traitement. Comme le premier juge l'a retenu, X. _____ Institut a fait savoir le 18 juin 2009 qu'il ignorait si d'autres traitements étaient nécessaires sur la base de l'état de santé de l'assuré. En outre, dans le certificat médical invoqué par le recourant, le médecin-traitant précise ne pas avoir la compétence pour juger de l'indication d'un traitement de médecine chinoise. Partant, ce certificat médical, largement postérieur à la période considérée, et émanant d'un médecin qui ne se considère pas compétent pour prescrire le traitement litigieux, ne suffit donc pas à établir la nécessité du traitement.

C'est par conséquent à bon droit que le premier juge a retenu que, faute d'indication médicale, le recourant ne pouvait exiger le remboursement de la facture litigieuse.

4. Le recourant propose encore d'interpeller le Dr P. _____ afin d'établir le cas échéant la nécessité du traitement en cause. Toutefois, comme il l'observe lui-même, les pièces nouvelles ne sont pas recevables dans la procédure de recours en vertu de l'art. 326 CPC, de sorte que cette mesure d'instruction n'est pas envisageable. De toute manière, le médecin concerné a déjà déclaré ne pas être compétent pour juger de la nécessité d'un traitement de médecine chinoise. Il y a par conséquent lieu de rejeter la réquisition d'instruction.

5. En définitive, le recours doit être rejeté et le jugement confirmé.

Le présent arrêt est rendu sans frais judiciaires (art. 114 let. e CPC).

Il n'y a pas matière à allocation de dépens de deuxième instance, l'intimée ayant agi sans l'assistance d'un mandataire professionnel et sans encourir de frais particuliers.

Par ces motifs,
la Chambre des recours civile du Tribunal cantonal,
statuant à huis clos,
p r o n o n c e :

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** Le jugement est confirmé.
- III.** L'arrêt motivé, rendu sans frais, est exécutoire.

Le président :

Le greffier :

Du 3 novembre 2011

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

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié en expédition complète, par l'envoi de photocopies, à :

- H. _____,
- Z. _____ SA.

La Chambre des recours civile considère que la valeur litigieuse est de 910 francs.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière civile devant le Tribunal fédéral au sens des art. 72 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral - RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Dans les affaires pécuniaires, le recours en matière civile n'est recevable que si la valeur litigieuse s'élève au moins à 15'000 fr. en matière de droit du travail et de droit du bail à loyer, à 30'000 fr. dans les autres cas, à moins que la contestation ne soulève une question juridique de principe (art. 74 LTF). Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :