

du 28 mai 2002

dans la cause

Madame M. A.  
représentée par X, mandataire

contre

Caisse-maladie Y

**EN FAIT**

1. Madame M. A., née en 1980, est domiciliée à Genève. Alors qu'elle était employée de D., elle était assurée par le biais d'une assurance collective d'indemnités journalières contractée par son employeur auprès de la caisse-maladie Y. Dès le 1er janvier 2001, elle était assurée de la même manière à titre individuel.
2. En décembre 2000, Mme A. a annoncé à la caisse-maladie Y une incapacité totale de travail puis du 17 au 30 avril 2001 une incapacité de 50%. La caisse-maladie Y a versé des indemnités journalières entières du 9 décembre 2000 au 16 avril 2001 et des indemnités journalières réduites du 17 au 30 avril 2001.
3. Au moment où Mme A. a demandé à maintenir son affiliation au sein de l'assurance à titre individuel soit au début janvier 2001, la caisse-maladie a adressé un questionnaire médical à la Dresse P., spécialiste FMH en médecine interne, qui suivait alors l'assurée. Le 17 janvier 2001, ce questionnaire a été renvoyé au médecin conseil de la caisse-maladie Y. Le diagnostic posé était celui d'état dépressif ayant justifié du 9 décembre 2000 au début janvier 2001 une hospitalisation en service psychiatrique. Le Dresse P. notait enfin que Mme A. avait été vue par d'autres confrères lors de son hospitalisation à l'unité de crise pour adolescents (ci-après : UCA) et qu'elle était actuellement suivie par un psychiatre recommandé par ladite unité.
4. Le 2 mars 2001, la caisse-maladie Y a prié le Dresse P. de lui fournir des renseignements complémentaires, ce que ce praticien a fait le 8 mars 2001. Il était indiqué sur ce rapport médical que la patiente était suivie par les institutions universitaires de psychiatrie, soit par la Dresse V., et que la date pour une reprise du travail n'était pas encore déterminée.
5. La caisse a poursuivi le versement des indemnités journalières.
6. Le 15 mai 2001, elle a requis des renseignements complémentaires de la part de la Dresse V.. Celle-ci a répondu le 23 mai 2001 qu'elle intervenait en tant que psychothérapeute et ne pouvait pas se prononcer sur la

capacité de travail ni sur la date de reprise d'une activité professionnelle.

7. A l'occasion d'un téléphone de la mère de l'assurée avec la caisse-maladie Y, un employé de cette dernière l'a informée que sa fille serait convoquée pour une expertise le 22 juin 2001 chez le Dr Z.. Il résulte d'une note téléphonique établie par la caisse-maladie Y qu'à cette occasion, la mère de Mme A. a indiqué que sa fille ne pourrait pas se rendre à ce rendez-vous car elle travaillait à 50% et était suivie par un autre psychothérapeute chez lequel elle avait un rendez-vous le 13 juin 2001. Il a donc été convenu avec la mère de Mme A. que ce nouveau psychothérapeute ferait parvenir directement au médecin conseil de la caisse un rapport médical. Sur quoi le rendez-vous avec le Dr Z. a été annulé.
8. Par courrier recommandé du 6 juillet 2001, la caisse-maladie Y a convoqué Mme A. en la priant de se rendre le 9 août 2001 chez le Dr Z., car si elle ne se présentait pas le jour de la convocation sans motif valable, elle s'exposerait à un refus, voire à une demande de remboursement des prestations de la caisse. Ce courrier n'ayant pas été retiré pendant le délai de garde, il a été renvoyé sous pli simple.
9. Le 11 juillet 2001, la caisse-maladie Y a reçu de l'UCA, département de psychiatrie des hôpitaux universitaires de Genève, un rapport médical mentionnant un état dépressif majeur, un travail de crise en hospitalisation et une psychothérapie ambulatoire.
10. Par courrier du 29 juillet 2001, Mme A. a indiqué qu'elle ne se présenterait pas au rendez-vous du 9 août 2001 chez le Dr Z. car, ainsi que sa mère l'avait déjà indiqué, elle avait rencontré quatre psychothérapeutes différents à ce jour et ne voulait pas en voir un nouveau. Malgré les certificats médicaux produits jusqu'ici, en particulier ceux de la Dresse P., aucune indemnité journalière lui avait été versée depuis le 1er mai 2001.
11. Par décision du 16 août 2001, la caisse-maladie Y a constaté que Mme A. refusait de se rendre à l'expertise envisagée avec le Dr Z.. En application de l'article 9 alinéa 5 des conditions particulières de l'assurance individuelle d'une indemnité journalière, elle suspendait le versement desdites indemnités, lequel pourrait être

repris au plus tôt à la date de la prochaine convocation d'expertise médicale et suite aux conclusions de celle-ci. Copie de ce courrier était adressé à la Dresse P.. La voie de l'opposition était indiquée.

12. Par courrier du 22 août 2001, Mme L. A., mère de l'assurée, a prié la caisse-maladie Y de bien vouloir reconsidérer sa décision car sa fille n'avait pas refusé de se présenter chez le Dr Z. le 9 août 2001 mais elle n'avait pas pu déférer à cette convocation vu son état général déficient. En effet, celui-ci avait entraîné un arrêt de travail dès le 13 août 2001 et une hospitalisation en urgence à l'hôpital cantonal le 16 août 2001. Dès le 27 août 2001, elle serait suivie par un autre médecin psychiatre en remplacement de la Dresse V. et un certificat médical serait alors adressé à la caisse dès cette date.

13. Le 8 octobre 2001, Mme A. a informé la caisse-maladie Y qu'elle demeurait dans l'attente du versement des indemnités journalières dont le paiement avait été suspendu dès le 1er mai 2001 malgré les certificats médicaux produits ultérieurement. Depuis le 1er octobre 2001, elle avait repris une activité professionnelle et informé la caisse qu'elle cesserait de cotiser auprès de celle-ci tout en priant le service de comptabilité de ne plus la mettre en poursuite. L'attitude de la caisse ne l'aidait pas dans les moments difficiles qu'elle traversait.

14. Par courrier recommandé du 16 octobre 2001, la caisse-maladie Y a accepté la résiliation de l'assurance individuelle au 30 septembre 2001.

Par décision sur opposition du même jour, elle a maintenu son refus de verser des indemnités journalières dès le 1er mai 2001 en raison du refus exprimé par son assurée de se rendre chez le Dr Z. et cela à deux reprises, sans aucune raison valable. Et la caisse de poursuivre : "Les différents motifs invoqués par l'assurée et sa mère ne sont pas pertinents : consultation de "trop" de médecins différents et état de santé déficient".

L'opposition était ainsi rejetée.

15. Par courrier du 25 octobre 2001, la Dresse V. a envoyé au médecin conseil de la caisse-maladie Y une lettre circonstanciée afin d'éviter que sa patiente ne

soit injustement pénalisée.

Mme A. avait fait un tentamen médicamenteux à fin décembre 2000. Elle avait été suivie dans un premier temps à l'UCA puis à la consultation des .... Elle-même l'avait suivie dans un cadre psychothérapeutique dès le 8 février 2001. Elle présentait alors un état dépressif s'inscrivant "dans un contexte où il était difficile de faire la part entre une difficulté d'adolescence et l'émergence d'éléments d'organisation de personnalité borderline". Les incapacités de travail étaient fixées par le Dresse P..

Au vu de l'ensemble du dossier, un arrêt de travail était justifié, selon la Dresse V., du 1er avril au 15 août 2001 à 100%. Elle ne pouvait se prononcer sur la période ultérieure n'ayant pas revu la patiente.

16. Par acte posté le 19 novembre 2001, Mme A. a recouru contre la décision sur opposition auprès du Tribunal administratif, fonctionnant comme tribunal cantonal des assurances, agissant par l'intermédiaire d'X. Elle a contesté avoir refusé par deux fois de se rendre à une expertise médicale alors qu'elle avait reçu une seule convocation pour le 9 août 2001. A cette date, son état de santé était précaire puisqu'elle avait dû être hospitalisée en urgence le 16 août 2001. La caisse-maladie Y n'avait pas cherché à se renseigner auprès des médecins des hôpitaux universitaires de Genève alors qu'elle savait que son assurée était suivie par l'UCA notamment. Enfin, la caisse-maladie Y n'expliquait pas pour quels motifs elle suspendait les versements dès le 1er mai 2001, cette date ne correspondant à rien.

La recourante concluait à l'annulation de la décision sur opposition et à la poursuite du versement des indemnités journalières du 1er mai au 30 septembre 2001, soit pendant toute son incapacité de travail.

17. Le 22 janvier 2002, la caisse-maladie Y a conclu au rejet du recours, l'assurée ayant l'obligation de réduire le dommage. Or la recourante avait bien refusé à deux reprises de se rendre chez le Dr Z., une première fois à l'occasion de l'entretien téléphonique qu'avait eu sa mère avec une employée pour la première convocation fixée au 22 juin 2001 (quand bien même il résulte de la note téléphonique produite par l'intimée que ce rendez-vous avait été annulé) et une seconde fois, le 9 août, où l'assurée avait formellement indiqué ne pas

vouloir consulter d'autres médecins.

De plus la recourante n'avait aucun motif valable à faire valoir. La Dresse P. avait indiqué dans un certificat médical du 16 mai 2001 que sa patiente pouvait reprendre une activité professionnelle à 100% dès le 1er juin 2001, la recourante ayant elle-même signalé avoir repris un travail à 50% dès le 29 juillet 2001. Dès lors, pour l'assurance, "il est hautement probable que cette dernière (l'assurée) possédait les capacités aussi bien physiques que psychiques pour se rendre à l'expertise fixée au 9 août 2001. En outre, à cette époque, l'assurée a explicitement mentionné à l'assureur le motif futile pour lequel elle ne voulait pas être expertisée: "elle ne désirait pas, en effet, consulter un autre médecin qu'elle ne connaissait pas".

La caisse relevait les contradictions inhérentes aux certificats médicaux de la Dresse V. laquelle certifiait une incapacité complète de travail du 1er avril au 15 août 2001 alors qu'elle avait vu sa patiente du 8 février à mi-juillet 2001 de sorte que ses certificats médicaux n'avaient pas de valeur probante.

Enfin, la caisse disait avoir le droit de fixer une date antérieure au 16 août 2001 pour mettre un terme au versement de ses prestations puisqu'elle était en droit de refuser, voire de demander le remboursement des prestations déjà avancées. Elle n'expliquait pas pourquoi elle avait choisi la date du 1er mai 2001 mais poursuivait en indiquant que l'assurée s'était volontairement soustraite pour des motifs frivoles à l'expertise fixée et la caisse avait même fait preuve de souplesse en versant des prestations du 9 décembre 2000 au 30 avril 2001.

18. Par courrier du 25 janvier 2002, le juge délégué a prié la recourante de se déterminer sur les contradictions relevées par la caisse-maladie Y et de produire, cas échéant, tous certificats médicaux utiles.

19. La recourante a ainsi produit :

- un certificat médical de la Dresse P., daté du 7 février 2002, attestant d'une incapacité complète de travail du 1er avril au 15 août 2001,

- un certificat médical de l'Hôpital cantonal de Genève, attestant d'une hospitalisation du 16 au 17 août 2001

pour angoisse et d'une capacité complète de travail dès le 21 août 2001,

- ainsi qu'un certificat médical du Dr B., établi le 24 septembre 2001, selon lequel l'état de santé de Mme A. nécessitait un arrêt de travail à 100% du 27 août au 30 septembre 2001.

Mme A. a exposé qu'en juillet 2001, elle avait travaillé à 50% par intermittence quelques après-midi par semaine, pensant de cette manière guérir un peu plus vite. Ces tentatives de reprise du travail n'avaient malheureusement pas eu le succès escompté. Le 16 août 2001, Mme A. avait dû être hospitalisée en urgence pour 24 heures, puis suivie ambulatoirement.

S'agissant des convocations chez le Dr Z., la première avait été faite verbalement auprès de sa mère puis avait été annulée, de sorte qu'il n'y avait pas lieu d'en tenir compte. Le 9 août 2001, Mme A. n'avait pas allégué des motifs futiles pour ne pas se rendre à l'expertise mais elle n'était pas en mesure de se présenter chez le Dr Z., ce qu'avait confirmé la Dresse V., laquelle avait indiqué dans son courrier du 25 octobre 2001, adressé au médecin conseil de l'intimée, que l'assurée était "durant cette période, malgré quelques activités intermittentes de formation, dans l'incapacité d'avoir une continuité au niveau de son humeur, de ses ressources d'énergie et de ses capacités d'entreprendre pour tenir une place de travail".

20. Le 12 mars 2002, la caisse-maladie Y a admis que la première convocation chez le Dr Z. avait été annulée par ses soins mais que la seconde avait bel et bien été refusée par l'assurée. Or, Mme A. n'était pas en mesure de se prévaloir d'une raison plausible justifiant son refus de collaborer aux investigations médicales menées par l'assureur. La caisse-maladie Y ne se prononçait pas sur les derniers certificats médicaux produits par la recourante.

21. Sur quoi la cause a été gardée à juger.

#### **EN DROIT**

1. Interjeté en temps utile devant la juridiction compétente, le recours est recevable (art. 56C litt. a de

la loi sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 - LOJ - E 2 05; art. 86 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 - LAMal - RS 832.10).

2. Selon l'article 67 LAMal, toute personne domiciliée en Suisse ou qui y exerce une activité lucrative, âgée de 15 révolus, mais qui n'a pas atteint 65 ans, peut conclure une assurance d'indemnités journalières au sens de l'article 68 de la loi.

3. Au terme de l'article 72 LAMal, le droit à l'indemnité journalière prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de travail réduite au moins de moitié.

Les indemnités journalières doivent être versées pour une ou plusieurs maladies durant au moins 720 jours dans une période de 900 jours (art. 72 al. 3 LAMal).

4. Il n'est pas contesté que les indemnités en cause relèvent de l'assurance facultative d'indemnités journalières selon les articles 67 et ss LAMal et non de la LCA.

5. En l'espèce, Mme A. était assurée à titre individuel pour de telles indemnités auprès de la caisse-maladie Y, admise à pratiquer l'assurance sociale au sens de l'article 12 LAMal.

Il est unanimement admis par la doctrine que l'assurance d'indemnités journalières facultatives selon la LAMal trouve son fondement dans un contrat d'assurance de droit public (ATFA H. du 25 septembre 2000, Vincent BRULHART, quelques remarques relatives au droit applicable aux assurances complémentaires dans le nouveau régime de la LAMal in LAMal - KVG, Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, Lausanne 1997, page 741).

C'est ainsi que les parties fixent en toute liberté le montant de l'indemnité journalière assurée (ATF 124 V 207 consid. 4 d). Il résulte de la nature contractuelle des relations qui s'établissent entre elles que la couverture d'assurance ne peut pas être réduite par l'assureur sans le consentement de l'assuré. Demeure réservée la possibilité pour les assureurs de prévoir dans leur règlement une limitation ou une suppression de l'assurance d'indemnités journalières pour les personnes qui ont accompli leur 65 année (ATF 124 V 201), ce qui n'est pas le cas de Mme A..

6. La caisse-maladie Y a fini par admettre que la première convocation chez le Dr Z. le 22 juin 2001 avait été annulée par ses soins et que seul était en cause le second rendez-vous fixé au 9 août 2001, rendez-vous auquel il est établi que Mme A. ne s'était pas rendu.

7. En l'espèce, le Groupe Mutuel a respecté le droit d'être entendu de Mme A. puisque dans le courrier du 6 juillet 2001 qu'elle lui a adressé en vue de la convocation du 9 août 2001, elle a spécifié que si elle ne se présentait pas le jour de la convocation sans motif valable, l'assurée s'exposait à un refus ou à une demande de remboursement des prestations de la caisse.

Il convient donc d'examiner si le refus de Mme A. de se présenter le 9 août chez le Dr Z. reposait comme le prétend l'intimée, sur des motifs futiles ou frivoles ou si au contraire Mme A. avait un motif valable.

8. Il est établi et non contesté que le 16 août 2001, Mme A. a dû être hospitalisée en urgence. Sans revenir sur les contradictions de dates contenues dans les certificats, notamment de la Dresse V., il est aisé d'admettre qu'au vu d'une hospitalisation en urgence en août, laquelle faisait suite à un tentamen médicamenteux lors du mois de décembre précédent, Mme A. n'était pas en mesure, pour des raisons de santé, de se présenter le 9 août chez le Dr Z. quelle qu'ait été sa capacité de travail à cette date.

En refusant d'admettre que Mme A. pouvait se prévaloir d'un motif valable pour ne pas déférer à cette convocation le 9 août 2001, la caisse-maladie Y n'a pas appliqué correctement ses conditions particulières, raison pour laquelle sa décision sera annulée.

Il en résulte qu'elle devra reprendre le versement des indemnités journalières dues à son assurée dès le 1er mai 2001 et jusqu'à la résiliation de la police au 30 septembre 2001, l'incapacité complète de travail étant attestée par de multiples certificats médicaux pendant cette période et la date du 1er mai fixée par l'intimée étant totalement arbitraire et ne reposant sur aucune pièce du dossier.

9. Le recours sera ainsi admis.

Vu la nature du litige, il ne sera pas perçu

d'émolument. Une indemnité de procédure de CHF 1'000.- sera allouée à la recourante qui a procédé par un mandataire (art. 89 G LPA).

**PAR CES MOTIFS**  
**le Tribunal administratif**  
**à la forme :**

déclare recevable le recours interjeté le 19 novembre 2001 par Madame M. A. contre la décision de la caisse-maladie Y du 16 octobre 2001;

**au fond :**

l'admet;

met à néant la décision sur opposition de la caisse-maladie Y du 13 octobre 2001;

enjoint l'intimée de reprendre le versement des indemnités journalières dues à l'assurée du 1er mai 2001 au 30 septembre 2001;

l'y condamne en tant que de besoin;

dit qu'il n'est pas perçu d'émolument;

alloue une indemnité de procédure de CHF 1'000.- à Mme A. à charge de la caisse-maladie Y;

dit que, conformément aux articles 97 et suivants de la loi fédérale d'organisation judiciaire, le présent arrêt peut être porté, par voie de recours de droit administratif, dans les trente jours dès sa notification, auprès du Tribunal fédéral des assurances. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral des assurances, Adligenswilerstrasse 24, 6006 Lucerne;

communique le présent arrêt à X, mandataire de la recourante, ainsi qu'à la caisse-maladie Y et à l'Office fédéral des assurances sociales.

Siégeants : M. Paychère, président, MM. Thélin, Schucani,

Mme Bonnefemme-Hurni, juges, M. Bonard, juge suppléant.

Au nom du Tribunal administratif :  
la greffière-juriste adj. : le vice-président :

M. Tonossi

F. Paychère

Copie conforme de cet arrêt a été communiquée aux parties.

Genève, le

la greffière :

Mme M. Oranci