du 30 novembre 1999

dans la cause

Madame B_____
représentée par Me Alain Marti, avocat

contre

LA CAISSE VAUDOISE, ASSURANCE MALADIE ET ACCIDENTS

_____

A/1187/1998-ASSU

EN FAIT

1. Madame B_____, née le _____ 1948, domiciliée _____ à Genève, est assurée auprès de la Caisse vaudoise (ci-après: la Vaudoise) pour l'assurance maladie obligatoire des frais médicaux, pharmaceutiques et hospitaliers ainsi que pour les assurances complémentaires combinée d'hospitalisation en division semi-privée (branche HC2) et pour risques spéciaux (branche RS2).

2. De novembre 1996 à mars 1997, Mme B_____ ne s'est pas acquittée du versement de ses primes d'assurance maladie pour toutes les catégories précitées.

3. La Vaudoise a envoyé à Mme B_____ un premier rappel le 17 avril 1997 concernant les primes dues par elle pour les assurances complémentaires. Un second rappel, daté du 22 mai 1997, lui a été envoyé. Il était intitulé : " Dernier rappel avant poursuite" et comportait en toutes lettres la mention suivante : "Conformément à l'article 20 de la loi sur le contrat d'assurance, le droit aux prestations, lié aux branches d'assurances régies par la LCA sera suspendu à défaut de paiement du présent rappel dans les 14 jours.".

4. Le 20 août 1997, Monsieur O_____, chef de service auprès de l'Hospice général, a faxé à la Vaudoise le texte suivant : "Nous vous confirmons par la présente que les arriérés de cotisations d'assurance maladie pour Mme B_____ vont être réglés par le biais de la Lamal du canton de Genève, ceci dans les meilleurs délais. De plus, nous vous prions de bien vouloir accepter nos excuses quant au retard dans l'exécution de cette démarche, lequel s'est produit à la suite d'un transfert de compétence concernant cette situation entre l'Hospice général et l'OCPA. C'est la raison pour laquelle nous vous serions reconnaissants de bien vouloir renoncer à vos poursuites à l'encontre de cette assurée".

   Copie de ce courrier était adressée au conseil de Mme B_____.

5. A la requête de la Vaudoise, deux commandements de payer ont cependant été notifiés à Madame B_____ le 29 août 1997, l'un pour les primes relatives à

l'assurance de base (poursuite 97129 337H), l'autre pour celles concernant les assurances complémentaires (poursuite 97129 336J).

La débitrice y a fait opposition.

6. Par courrier du 10 septembre 1997, le service de l'assurance maladie a informé Madame B_____ que, selon l'Hospice général, sa situation financière ne justifiait plus que la totalité de ses primes concernant l'assurance obligatoire de soins soit prise en charge par l'Etat. Aussi, le service de l'assurance maladie allait-il demander à la Vaudoise de supprimer, avec effet au 30 juin 1997, le subside dont elle bénéficiait jusqu'alors. Dès cette date, elle devrait s'acquitter elle-même des primes.

7. Par courrier du 17 octobre 1997, la Vaudoise a envoyé à Mme B_____ sa police d'assurance portant l'indication des primes au mois de janvier 1998. Sur ce document étaient indiquées les branches d'assurances concernées : l'assurance obligatoire des soins pour la maladie et l'accident et les assurances complémentaires d'hospitalisation en division semi-privée et celle pour risques spéciaux.

8. Mme B_____ devant subir une intervention chirurgicale, la clinique X a prié la Vaudoise de lui fournir une garantie d'hospitalisation dès le 29 octobre 1997 en division semi-privée, selon un forfait journalier de CHF 468.-.

9. Par courrier daté du 30 octobre 1997, la Vaudoise a adressé à la clinique X une garantie d'hospitalisation dès le 29 octobre 1997 en limitant toutefois sa prise en charge, les frais de traitements et de pension selon le forfait journalier de la chambre commune de l'Hopital cantonal de Genève, soit CHF 349.- tout compris.

10. Mme B_____ a été hospitalisée à la clinique X du 30 octobre au 5 novembre 1997. Elle indique avoir été opérée en urgence par le Dr Victor H_____. Les frais relatifs à cette intervention sont les suivants :

- note de la clinique X CHF 12'260,95
- note du Dr H_____ : CHF 9'360,-
- note de l'anesthésiste : CHF 2'175,-
- frais de laboratoire : CHF 194,-

Total : CHF 23'999,95

La Vaudoise a accepté de payer CHF 2'443.-, correspondant au forfait journalier précité à raison de 7 jours. Elle a refusé la prise en charge des autres frais, motif pris du fait que depuis le 6 juin 1997, elle avait suspendu le droit aux prestations des assurances complémentaires de Mme B_____.

Le solde à charge de Mme B_____ s'élève ainsi à CHF 21'556,95

11. Le conseil de Mme B_____ a pris contact avec la Vaudoise, qui avait écrit à l'assurée le 6 mars 1998 qu'elle n'était pas à jour dans le paiement de ses primes d'assurances complémentaires, de sorte que son droit aux prestations demeurait supprimé jusqu'au paiement complet des primes et des frais. La couverture renaîtrait alors, sans effet rétroactif, conformément à l'article 9, chiffre 1 de ses conditions générales, édition janvier 1997. La Vaudoise a confirmé sa position, en particulier le 19 mars 1998, malgré les explications du conseil de Mme B_____, selon lesquelles celle-ci n'était pas responsable du retard constaté.

12. Mme B_____ a saisi également l'ombudsman de l'assurance maladie sociale, lequel après s'être enquis de la position de la Vaudoise a répondu, le 5 août 1998, que ses moyens d'intervention étaient épuisés et qu'elle pouvait recourir à une procédure judiciaire.

13. Le 30 novembre 1998, Mme B_____ a déposé une demande contre la Vaudoise devant le Tribunal administratif fonctionnant comme tribunal cantonal des assurances du canton de Genève. Elle a conclu à ce que la Vaudoise soit condamnée à payer la somme de CHF 21'362,95.

14. La Vaudoise a conclu au rejet de la demande, le paiement des primes arriérées n'ayant pas été effectué dans le délai de 14 jours signifié par rappel du 22 mai 1997, après l'envoi d'un premier rappel le 17 avril. Le droit aux prestations des assurances complémentaires avait cessé le 6 juin 1997. Le paiement des primes arriérées était certes intervenu le 9 avril 1998 par l'Hospice général. Ce paiement ne pouvait faire renaître la couverture d'assurance depuis le 6 juin 1997. L'attestation d'assurance datée du 17 octobre 1997 comportait les différentes branches d'assurances, y

compris les assurances complémentaires. Elle indiquait toutefois à la couverture dès le 1er janvier 1998, sans référence à un éventuel contentieux. Il appartenait à l'assurée qui devait subir une intervention, sous réserve des cas d'urgence, d'aviser l'assurance maladie préalablement à toute entrée dans un établissement hospitalier. A défaut de cet avis, les prestations n'étaient servies qu'à partir du jour de l'annonce. Mme B_____ ne s'était pas conformée à cette prescription résultant des conditions générales de l'assurance complémentaire d'hospitalisation. La demande devait être rejetée et la suspension du droit aux prestations des assurances complémentaires dès le 6 juin 1997 confirmée.

15. Entendues en audience de comparution personnelle, les parties ont déclaré ce qui suit :

a) Mme B_____ a indiqué qu'elle comprenait mal le français, bien qu'elle résidât à Genève depuis 25 ans. Elle avait une fille âgée de 19 ans qui pouvait cependant l'aider. Elle avait reçu le dernier rappel de la part de la Vaudoise le 22 mai 1997. Elle l'avait remis à M. Châtelain, collaborateur à l'Hospice général.

Avant l'opération, le Dr H_____ lui avait demandé comment elle était assurée et elle lui avait répondu qu'elle l'était en semi-privé. En entrant à la clinique X, elle avait pensé que l'assurance allait payer toute la facture. Elle était dans l'incapacité complète de verser les sommes qui lui étaient réclamées et pensait qu'il appartenait à l'Etat de le faire.

b) Quant à la représentante de la défenderesse, elle a indiqué que le 9 avril 1998, l'Hospice général avait payé la totalité des arriérés pour Mme B_____, qu'il s'agisse des primes de l'assurance de base ou de celles relatives aux assurances complémentaires. Dès cette date, le droit aux prestations de Mme B_____ avait été rétabli. De plus, c'était bien Mme B_____ qui avait signé, en août 1997, les oppositions aux deux commandements de payer qui lui avaient été adressés pour l'arriéré des primes de l'assurance de base et des assurances complémentaires, ce que Mme B_____ a confirmé.

La Vaudoise avait pris en charge CHF 2'443,-- correspondant à 7 jours selon le forfait de l'Hôpital cantonal.

Le 17 octobre 1997, la Vaudoise avait envoyé à Mme B_____, de même qu'à ses 120 000 assurés, la police d'assurance comportant les primes 1998, pour leur permettre cas échéant de se départir du contrat. Mme B_____ ne pouvait en inférer qu'elle était, en octobre 1997, au bénéfice des assurances complémentaires qu'elle avait souscrites.

Quant à la demande de garantie de la clinique X, elle avait été réceptionnée le 29 octobre et la caisse n'avait pas tardé à la renvoyer, puiqu'elle avait écrit le 30 octobre 1997.

Mme B_____ était toujours assurée auprès de la Vaudoise et, depuis le 1er janvier 1999, elle recevait à nouveau un subside complet de la part de l'Etat de Genève pour l'assurance de base uniquement.

16. Lors d'une audience d'enquêtes le 26 mars 1999, le juge délégué a procédé à l'audition de M. X_____ ainsi qu'à celle de Mme B_____, nouvelle directrice du département de l'aide sociale de l'Hospice général, tous deux déliés du secret de fonction.

a) M. X_____ avait quitté ses fonctions le 1er mars 1998. Il était précédemment le chef de service dont dépendait M. C_____. Ce dernier était en charge du dossier de Mme B_____. M. C_____ avait quitté son poste à fin août 1997.

b) A son entrée en fonction le 1er juillet 1997, Mme B_____ avait constaté une certaine anarchie dans le service. A réception de la convocation pour l'audience dans la présente cause, elle avait recherché le dossier pour constater qu'il avait disparu. Mme B_____ a déclaré qu'elle pensait a priori qu'il y avait une certaine responsabilité de l'Hospice général.

c) A l'issue de l'audience, les parties ont convenu de tenter de réunir les informations nécessaires en vue d'un arrangement.

17. Le Dr H_____, que le tribunal souhaitait entendre également, s'est excusé au motif qu'il était en congrès à la date fixée. Il n'a donc pas pu être interrogé sur le caractère urgent de l'intervention allégué par la demanderesse.

18. Aucun arrangement n'a pu être trouvé suite aux

discussions entre les parties et l'Hospice général, le conseil de la recourante exposant que c'était en raison des carences de cette institution que Mme B_____ avait été dans l'incapacité de régler ses primes d'assurance maladie. En 1995, le conseil de Mme B_____ avait sollicité de l'Hospice général un prêt et c'était grâce à celui-ci que les primes d'assurance pour les assurances complémentaires avaient été payées. La Caisse Vaudoise ne subissait aucun préjudice, les primes arriérées ayant été soldées a posteriori et son refus de prendre en charge les frais médicaux liés à l'intervention subie par Mme B_____ constituait un abus de droit.

19. Mme B_____ a exposé que l'aide de l'Hospice général à Mme B_____ avait pris fin le 31 mai 1997.

En juillet 1997, Mme B_____ avait reçu de la Caisse Gastro Suisse le versement d'une rente de veuve à titre rétroactif dès le 1er juillet 1995 et Mme B_____ ne s'expliquait pas pour quelle raison l'Hospice général avait été interpellé pour le paiement d'arriérés de cotisations de décembre 1996 à mars 1997, alors même que la cotisation pour l'assurance de base était payée par le service de l'assurance maladie depuis le 1er janvier 1996 et que les assurances complémentaires n'avaient jamais été payées par l'Hospice général. Enfin, M. X. avait accepté en avril 1998 de verser, pour solde de tous comptes CHF 1'217,45 au titre de cotisations d'assurance maladie, y compris pour les assurances complémentaires, ce qui n'était pas explicable.

L'Hospice général n'avait aucune responsabilité dans le non-paiement des primes des assurances complémentaires et il avait déjà payé à tort des arriérés qu'il ne devait pas assumer.

20. Quant à la Vaudoise, elle s'est étonnée que le conseil de la recourante qualifiât d'abus de droit la position qu'elle avait adoptée alors qu'elle s'était conformée à la loi et à ses propres conditions générales.

EN DROIT

1. Le présent litige concerne uniquement les assurances complémentaires.

a) Le Tribunal administratif fonctionnant en qualité

de Tribunal cantonal des assurances au sens de l'article 86 de la fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10) est compétent pour connaître des contestations ayant trait aux assurances complémentaires (art. 12 al. 2 LAMal et art. 37 al. 2 de la loi d'application de la LAMal du 29 mai 1997 - J 3 05). L'assuré doit saisir directement l'autorité judiciaire, par la voie d'une action qui doit être intentée dans les deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation qui dérive du contrat d'assurance (art. 46 al. 1, 1ère phrase de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 - LCA - RS 221.229.1), ce délai pouvant être interrompu selon les règles générales du droit privé. Le juge établit d'office les faits et apprécie librement les preuves (art. 47 al. 2 in fine de la loi fédérale sur la surveillance des institutions d'assurance privées du 23 juin 1978 - LSA - RS 961.01).

b) En l'espèce, déposée devant la juridiction compétente dans le délai précité, la demande est recevable.

2. Le présent litige porte sur deux points : la validité de la suspension des prestations des assurances complémentaires dès le 6 juin 1997 et la prise en charge des factures relatives à l'intervention subie par Mme B_____ à la clinique X, à hauteur de CHF 21'556,95 restant à charge de la demanderesse selon le décompte de la Vaudoise, celle-ci ayant payé CHF 2'443.-.

3. La suspension ne peut porter que sur les prestations découlant des assurances complémentaires, le droit aux prestations prévu par l'assurance obligatoire des soins ne pouvant être suspendu sous réserve de certaines circonstances non réalisées en l'espèce et contenues à l'article 9 de l'ordonnance sur l'assurance maladie du 27 juin 1995 (OAMal-RS 832.102; ATA D. du 21 septembre 1999).

4. Il est établi et non contesté que Mme B_____ ne s'est pas acquittée ni personne pour elle, des primes relatives à ses assurances complémentaires, de novembre 1996 à mars 1997 et qu'elle a reçu à ce sujet deux rappels, le dernier daté du 22 mai 1997, précisant que si la somme réclamée n'était pas payée dans les 14 jours, le droit aux prestations d'assurance régie par la LCA serait suspendu.

5. Mme B_____ ne pouvait l'ignorer. Cette situation a perduré et elle en avait connaissance, puisque c'est elle qui a fait opposition le 29 août 1997 aux commandements de payer qui lui avaient été notifiés pour les primes réclamées concernant cette période.

6. A teneur de l'article 20 LCA, la Vaudoise était donc fondée à suspendre ses prestations d'assurances complémentaires à l'expiration du délai de 14 jours après le 22 mai 1997, soit dès le 6 juin 1997 (art. 20, al. 3 LCA), sans avoir à effectuer une autre notification.

7. Enfin, Mme B_____ ne peut tirer aucun droit du certificat d'assurance qui lui a été adressé le 17 octobre 1997, celui-ci indiquant les primes et les couvertures dès le 1er janvier 1998, sans référence à un quelconque contentieux.

8. Au vu de ce qui précède, la question peut rester ouverte de savoir si la demanderesse devait informer la Vaudoise de l'hospitalisation envisagée, conformément à ses obligations résultant de l'article 4 des conditions générales de l'assurance complémentaire d'hospitalisation, ou si elle pouvait s'en dispenser en raison de l'urgence alléguée, que le Dr H_____ n'a pas attestée.

9. La Vaudoise a d'ailleurs fourni la garantie d'hospitalisation quand elle en a été requise, mais elle a limité sa prise en charge pour les raisons sus-indiquées à la couverture de l'assurance de base. On ne saurait faire aucun grief à la Vaudoise d'avoir tardé à fournir ladite garantie d'hospitalisation puiqu'elle l'a envoyée à la clinique X le 30 octobre 1997, même si cette garantie est parvenue à ladite clinique après que l'intervention ait eu lieu.

10. Le solde des diverses factures ascendant à CHF 21'556,95 incombe ainsi à l'assurée. La Vaudoise n'a commis aucun abus de droit en refusant le remboursement de cette somme, quand bien même les primes relatives aux assurances complémentaires ont été payées par l'Hospice général en 1998 dans les circonstances susdécrites; ce paiement ne saurait rétroagir et faire renaître, dès le 6 juin 1997, le droit aux prestations des assurances complémentaires pour Mme B_____.

11. En tous points mal fondée, la demande sera rejetée.

Vu la nature du litige, aucun émolument ne sera perçu (art. 89 G LPA).

PAR CES MOTIFS
le Tribunal administratif
à la forme :

déclare recevable la demande déposée par Madame B_____ le 30 novembre 1998 contre la Caisse Vaudoise, assurance maladie et accidents;

au fond :

la rejette ;

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

dit que, dans les limites des articles 43 et suivants et 68 et suivants de la loi fédérale sur l'organisation judiciaire du 16 décembre 1943 (RS 173.110), le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours au Tribunal fédéral dans les 30 jours dès sa notification. Le mémoire de recours sera adressé en trois exemplaires au Tribunal admdinistratif, 3 rue des Chaudronniers, 1204 Genève; le présent arrêt et les pièces en possession de la demanderesse, invoqués comme moyen de preuves, doivent être joints à l'envoi.

communique le présent arrêt à Madame B_____, à Me Alain Marti, avocat, ainsi qu'à la Caisse Vaudoise assurance maladie et accidents à Lausanne et à l'office fédéral des assurances privées.

Siégeants : M. Schucani, président, M. Thélin, Mmes Bonnefemme-Hurni, Bovy, M. Paychère, juges.

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

V. Montani Ph. Thélin

Copie conforme de cet arrêt a été communiquée aux parties.

Genève, le

la greffière :

Mme M. Oranci