

du 29 janvier 2002

dans la cause

Madame S. P., née L.

représentée par Me Marc Mathey-Doret, avocat

contre

X assurance

EN FAIT

1. Madame S. P., née L., domiciliée à Genève, est assurée contre le risque de maladie auprès d'X assurance depuis 1995. Pour l'année 2000, elle était au bénéfice des catégories d'assurance suivantes :
 - Basis, assurance obligatoire des soins, franchise de CHF 400.-;
 - Complementa Plus, assurance complémentaire des soins spéciaux élargis;
 - Optima, assurance complémentaire des frais d'hospitalisation en division privée ou en clinique (chambre à deux lits) avec limitation du choix de l'établissement.

2. Madame P. a dû être hospitalisée d'urgence à la Clinique Y du 15 au 21 octobre 2000 par le Docteur P. A. D., spécialiste FMH en gynécologie et obstétrique. Mme P. était enceinte. Le Dr D. a posé le diagnostic d'hyperémèse gravidique, ce qui signifie selon le dictionnaire des termes de médecine Garnier & Delamare des "vomissements continuels incoercibles de la grossesse".

La facture de la clinique Y du 10 novembre 2000 s'est élevée à CHF 4'750,40 et celle du Docteur D. du 14 novembre 2000 à CHF 320.- pour 4 visites du 16 au 19 octobre 2000.

3. Madame P. a envoyé ces factures à X assurance. Celle-ci, par l'intermédiaire de son médecin-conseil, le Dr B. P., a requis des renseignements complémentaires de la part du Dr D., lequel a rempli un questionnaire succinct comportant le diagnostic d'hyperémèse gravidique.

4. Estimant que ce séjour hospitalier relevait de la maternité, selon la définition qui en est donnée à l'article 2.6 des conditions générales de l'assurance maladie complémentaire, X assurance a indiqué à Mme P. par courrier du 27 novembre 2000 "qu'à défaut de la couverture d'assurance adéquate (Materna), seules les prestations minimales légales, soit en l'occurrence l'équivalent du forfait conventionnel pour un séjour en

division générale à l'Hôpital cantonal universitaire de Genève de CHF 367.- par jour tout compris, seraient allouées".

X assurance a ainsi versé à Mme P. le 30 novembre 2000 la somme totale de CHF 2'569.- (sept fois CHF 367.-) sans déduction de franchise, quote-part ou participation.

Mme P. ayant mandaté un avocat, celui-ci a requis d'X assurance le 27 février 2001 le paiement de l'intégralité des deux factures produites, cette prise en charge se justifiant au titre de l'assurance Optima, le cas d'hyperémèse gravidique ne relevant pas de la maternité.

5. Le 7 mars 2001, X assurance a réitéré sa position et refusé d'entrer en matière sur la demande qui lui était présentée.
6. Dans un courrier complémentaire, le conseil de Madame P. a relevé que l'assurance complémentaire Materna ne couvrait que les frais consécutifs à l'accouchement et n'aurait donc été d'aucun secours à Mme P..
7. Le 19 avril 2001, X assurance a maintenu sa position initiale.
8. Le 7 mai 2001, Mme P. a déposé une demande en paiement contre X assurance auprès du Tribunal administratif fonctionnant comme tribunal cantonal des assurances de Genève. Elle a réitéré ses explications et conclu à la condamnation d'X assurance au paiement du solde qui lui était dû, à savoir CHF 2'501,40 plus intérêts à 5% dès le 27 décembre 2000, ainsi qu'à une indemnité de procédure.
9. X assurance a conclu au rejet de la demande. Elle a produit ses conditions générales édition 1999, applicables en l'an 2000. Seules les prestations minimales légales pouvaient être allouées à Mme P.. Celle-ci n'avait souscrit aucune des trois catégories d'assurance complémentaire qu'offrait X assurance en cas de grossesse, à savoir :

- Materna Media

- ou Materna Plus couvrant les pathologies survenant en cours et à cause d'une maternité;

- ou encore Materna Eco, couvrant les frais liés à l'accouchement.

D'ailleurs, le Nota Bene figurant dans les conditions spéciales d'assurance pour la catégorie Optima, souscrite par la demanderesse, prévoyait qu'en cas de maternité, le séjour en division privée (chambre à 2 lits) ainsi que le traitement et les actes médicaux et paramédicaux nécessaires durant l'hospitalisation n'étaient couverts que par la souscription à cet effet de la catégorie d'assurance " Materna Media".

De plus, X assurance avait considéré le séjour effectué à Y comme "relatif à la maternité" et devant être indemnisé conformément à l'article 64 alinéa 7 de la loi fédérale sur l'assurance maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10) et elle n'avait donc pas déduit de franchise, quote-part ou participation.

La catégorie Optima souscrite par la demanderesse permettait l'hospitalisation en division privée et en chambre à deux lits seulement dans un établissement agréé. Or, en l'an 2000, la clinique Y ne figurait pas sur la liste desdits établissements agréés.

En tout état, Mme P. n'aurait donc pas pu prétendre la prise en charge intégrale de son séjour dans cette clinique.

X assurance a conclu au rejet de la demande et au fait que le remboursement qu'elle avait opéré soit reconnu conforme à ses obligations légales et contractuelles.

10. A la requête du juge délégué, Mme P. a signé une attestation déliant du secret médical les Drs D. et P..
11. Le juge délégué a écrit à ces deux médecins le 7 août 2001 pour leur demander des précisions sur les causes de cette hospitalisation.
12. Le 14 août 2001, X assurance a indiqué que le Docteur P. n'avait pas obtenu d'autres documents ou renseignements médicaux de la part de son confrère que ceux résultant du questionnaire adressé à ce praticien le 2 novembre 2000 et sur lequel le Dr D. avait lui-même posé le diagnostic d'hyperémèse gravidique (pièce 2, chargé défenderesse).

Le juge délégué a néanmoins prié le Dr D. de bien vouloir lui fournir les précisions requises le 7 août 2001.

13. Par courrier du 1er octobre 2001 communiqué à la défenderesse, le Dr D. a précisé que Mme P. avait effectivement été hospitalisée à la Clinique Y du 15 au 21 octobre 2000 à 8 semaines et 6 jours de grossesse en raison d'un état grave d'hyperémèse gravidique. Celui-ci se manifestait par des nausées et vomissements continuels empêchant toute prise d'aliments ou de boissons et nécessitait un apport liquidien par perfusions. Un traitement anti-vomissements avait permis au bout de quelques jours de retrouver une situation normale. Le cas de l'assurée était particulièrement grave, rendant son hospitalisation nécessaire.

L'hyperémèse gravidique était bien causée par les hormones de la grossesse et il s'agissait d'une maladie.

La prise d'hormones de substitution en période de ménopause ou la prise de contraception orale ou encore des dysfonctions de l'hormone thyroïde pouvaient amener des symptômes semblables.

Mme P. se trouvant au premier trimestre de sa grossesse, il était admis par la communauté médicale qu'il s'agissait encore d'une affection gynécologique car le fœtus n'était pas viable et si la grossesse devait être interrompue, ce que l'article 120 du Code pénal suisse autorisait, il s'agirait d'une affection considérée comme gynécologique par les assurances également.

14. Le 2 novembre 2001, le juge délégué a écrit à X assurance pour savoir ce qu'il était advenu de la cause pendante devant la Cour de justice dans le cadre de laquelle une ordonnance sur mesures provisionnelles avait été rendue le 6 janvier 1997 faisant interdiction à certaines caisses maladie, dont la défenderesse, d'écarter certaines cliniques privées, en particulier celle Y, des possibilités d'hospitalisation, avec prise en charge intégrale des frais, offertes aux assurés bénéficiant d'une couverture d'hospitalisation dans le secteur privé.

Selon les renseignements obtenus de la Cour de justice en effet, il apparaissait que le 18 février 2000, l'Association des cliniques privées de Genève et un

certain nombre de cliniques demanderesses, dont celle Y, avaient retiré leur action et renonçaient à toute prétention.

15. Le 12 novembre 2001, X assurance a répondu qu'en effet une convention avait été signée le 13 janvier 2000 entre l'Association des cliniques privées de Genève et certaines cliniques, dont celle Y, avec la Conférence suisse d'assureurs maladie et accidents Cosama ainsi qu'avec la fondation X assurance au terme de laquelle les demanderesses retireraient avec désistement d'instance leur action et versaient aux défenderesses une indemnisation pour leurs frais et honoraires, les conditions du règlement amiable du litige devant conserver un caractère confidentiel.

X assurance n'était pas en mesure de confirmer que la clinique Y figurait en octobre 2000 parmi les établissements agréés par elle. En effet, cette clinique ne figurait sur aucune des listes des fournisseurs de soins agréés depuis novembre 1996, ni même sur la liste entrant en vigueur le 1er janvier 2002.

Enfin, si l'affection dont souffrait Mme P. devait être considérée comme une maladie, la patiente ne saurait prétendre une indemnisation totale de son hospitalisation.

X assurance avait été contrainte par le Tribunal fédéral des assurances à rembourser intégralement l'accouchement d'une de ses assurées à la clinique Y en décembre 1998 en raison de l'existence à ce moment des mesures provisionnelles ordonnées par la Cour de justice, mesures qui avaient pris fin le 13 janvier 2000. En conséquence, le système des listes d'établissements agréés conservait toute sa valeur en octobre 2000. A cette date, c'était la liste de 1999 qui faisait donc foi et la clinique Y n'y figurait pas.

X assurance terminait ainsi : "Dans l'hypothèse, invraisemblable et formellement contestée, où l'hospitalisation de Mme P. ne relèverait pas du chiffre 2.6 de nos conditions générales pour l'assurance complémentaire, seuls CHF 300.-- par jour tout compris pourraient lui être alloués en sus du forfait d'ores et déjà servi au titre de l'assurance obligatoire des soins, catégorie Basis, ceci conformément aux chiffres 2.2 et 3.3 des CSC, catégorie Optima".

16. Ce courrier et les pièces complémentaires ont été transmises à la demanderesse qui a souhaité se déterminer au vu de ces nouveaux développements.

17. Le 13 décembre 2001, Mme P. a présenté des observations puisqu'en cours de procédure X assurance avait soulevé un argument nouveau. Si le cas relevait de la maladie, et non de la maternité, il y aurait lieu de rejeter la demande de Mme P. car la clinique Y ne figurait pas sur la liste des fournisseurs de soins agréés. X assurance admettait alors devoir verser CHF 300.- par jour d'hospitalisation en plus du forfait déjà versé au titre de l'assurance de base.

Comme l'avait dit le Dr D. d'entrée de cause, le cas relevait de la maladie.

Ce n'était donc pas l'assurance complémentaire Materna mais l'assurance complémentaire Optima qui devait permettre une indemnisation de Mme P.. Il était irrelevait de savoir si la clinique Y figurait sur la liste de fournisseurs de soins agréés.

C'était les conditions d'assurances du contrat d'assurance complémentaire, en vigueur au moment de sa conclusion, soit en 1995, qui s'appliquaient et, à teneur des articles 3 et 4 des conditions générales de l'assurance complémentaire Optima, X assurance devait verser en cas d'hospitalisation dans un établissement ne figurant pas sur la liste, en sus du montant dû au titre de l'assurance de base.

La modification du contrat d'assurance complémentaire n'avait pas été acceptée expressément par Mme P. et une acceptation tacite, par analogie avec l'article 6 CO, n'était pas acceptable.

Pour les 7 jours d'hospitalisation, X assurance devait ainsi CHF 5'275,20 à Mme P. et cette somme couvrait largement les CHF 2'501,40 qu'elle persistait à réclamer, avec intérêts à 5% dès le 27 décembre 2000.

X assurance obligeait ses assurés à entreprendre des procédures et le tribunal était invité à tenir compte de cette attitude dans la fixation des dépens.

18. Le 27 décembre 2001, X assurance a combattu cette argumentation en indiquant que le 1er janvier 1996, la LAMal était entrée en vigueur. Une scission avait été

opérée avec les assurances complémentaires régies depuis lors par la loi fédérale sur le contrat d'assurance. A l'issue du délai transitoire, X assurance avait soumis à l'autorité de surveillance les conditions d'assurance qu'elle entendait remettre à ses assurés dès le 1er janvier 1997.

Par courrier du 22 août 1996, dont elle joignait copie, l'OFAS avait approuvé ce projet affirmant que les assurances complémentaires d'X assurance valables pour 1997 satisfaisaient aux prescriptions de l'article 102 alinéa 2 LAMal.

A fin 1996, elle avait donc adressé à l'ensemble de ses assurés un avenant au 1er janvier 1997 au verso duquel il était spécifié que les assurances complémentaires étaient dorénavant soumises à la loi fédérale sur le contrat d'assurance et que le versement de la prime confirmait l'acceptation de la conclusion d'un contrat adapté aux nouvelles normes légales.

Si un assuré entendait ne pas se soumettre au nouveau contrat, il devait le faire savoir à l'assureur jusqu'au 31 décembre 1996 au plus tard, ce que Mme P. n'avait pas fait.

Elle s'était acquittée régulièrement depuis lors de ses primes d'assurance maladie.

A fin 1998, une nouvelle édition des conditions générales et spéciales pour l'assurance-maladie complémentaire et, partant, un nouveau contrat avait été proposé à l'ensemble des assurés avec effet au 1er janvier 1999. Par mesure d'économie, X assurance proposait la transformation automatique du contrat et s'engageait sur simple demande à rétablir l'ancien contrat durant tout l'exercice 1999. Or, Mme P. n'avait pas présenté une telle demande. En conséquence, et à compter du 1er janvier 1999, les nouvelles conditions des assurances complémentaires étaient applicables.

Les pièces mentionnées dans ce courrier étaient jointes à celui-ci.

Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. a. Le Tribunal administratif fonctionnant en qualité

de Tribunal cantonal des assurances au sens de l'article 86 LAMal 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, interjetée devant la juridiction compétente dans le délai précité, la demande est recevable et respecte le délai de deux ans précité.

2. X assurance relève à juste titre dans son dernier courrier que depuis le 1er janvier 1996, date d'entrée en vigueur de la LAMal, les assurances complémentaires sont soumises à la LCA. Les assureurs avaient une année pour adapter leurs conditions générales, ce que la défenderesse a fait dès le 1er janvier 1997 puis une nouvelle fois le 1er janvier 1999.

Au motif qu'elle n'a jamais accepté expressément ces nouvelles conditions générales, Mme P. allègue que le contrat dans sa teneur 1995, année de sa conclusion, aurait perduré.

Ce raisonnement ne saurait être suivi. Au contraire, et par actes concluants, soit en particulier le paiement des primes, Mme P. a accepté les nouvelles conditions générales qu'X assurance lui faisait aussi bien en 1997 qu'en 1999, sans saisir l'occasion qui lui était offerte au cours de cette dernière année de demander à conserver le bénéfice des précédentes conditions générales.

En conséquence, ce sont bien les conditions générales applicables en 1999 qui étaient en vigueur en octobre 2000.

3. A cette date, les mesures provisionnelles ordonnées par la Cour de Justice avaient cessé de

déployer leur effet et la clinique Y ne figurait pas sur la liste des établissements agréés par X assurance. En octobre 2000, X assurance était donc parfaitement autorisée, conformément à ses conditions générales, à limiter la liste des fournisseurs dont elle prenait les soins en charge au titre du produit d'assurance Optima.

4. Comme X assurance l'a écrit dans son courrier du 12 novembre 2001 et comme le Dr D. l'a déclaré d'entrée de cause, l'hyperémèse gravidique est une maladie, ce que le Dr P. admet également.

En conséquence, l'assurance Optima souscrite par la demanderesse doit permettre à celle-ci de voir ses frais d'hospitalisation pris en charge, en division privée, dans une chambre à deux lits. Toutefois, la clinique Y n'étant pas un établissement agréé c'est bien en application des chiffres 2.2 et 3.3 des conditions spéciales d'assurances de la catégorie Optima qu'une somme supplémentaire de CHF 300.- par jour doit être allouée à Mme P., correspondant à CHF 200.- de frais de traitement journalier et CHF 100.- de frais hospitaliers, soit CHF 2'100.- au total à verser en sus du montant forfaitaire déjà alloué, sous déduction d'éventuelles franchises et participations.

5. Dans le régime de la LCA, le paiement d'un intérêt moratoire pour une créance devenue exigible selon la règle de l'article 41 alinéa 1 LCA, est subordonné à la mise en demeure du débiteur selon l'article 102 alinéa 1 du Code des obligations (ATF 88 II 111 consid. 7 p. 115; 82 II 460 consid. 2 pp. 465-466). Il est donc nécessaire que le débiteur ait été interpellé (B. CARRON, La loi fédérale sur le contrat d'assurance, Fribourg 1997, p. 114, n° 335 et 336), cet acte n'étant soumis à aucune forme spéciale et pouvant intervenir par exemple sous forme d'une lettre invitant le débiteur à exécuter sa prestation. Il faut et il suffit que le créancier ait exprimé de manière claire et précise sa volonté d'obtenir l'exécution de la prestation promise. (P. ENGEL, Traité des obligations en droit suisse, Berne 1997, p. 686). L'intérêt moratoire est à 5% l'an, à moins qu'un taux plus élevé n'ait été convenu (art. 104 al. 1 et 2 CO).

En l'espèce, une telle mise en demeure a été faite de sorte que des intérêts de 5% seront dus par X assurance.

6. La demande sera donc partiellement admise.

Vu la nature de la cause, il ne sera pas perçu d'émolument.

Une indemnité de procédure de CHF 1'500.- sera allouée à Mme P. à charge d'X assurance (art. 89G LPA).

PAR CES MOTIFS
le Tribunal administratif
à la forme :

déclare recevable la demande déposée le 7 mai 2001 par Madame S. P. contre X assurance;

au fond :

l'admet partiellement:

condamne X assurance à verser à Mme P. CHF 2'100.- avec intérêts à 5% dès le 27 décembre 2000 sous déduction d'éventuelles franchise et participations;

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

alloue à Mme P., à charge d'X assurance, une indemnité de procédure de CHF 1'500.-;

dit que, s'agissant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (RS 221.229.1) et dans les limites des articles 43 ss et 68 ss 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 trente jours dès sa notification. Le mémoire de recours sera adressé en trois exemplaires au Tribunal administratif, 3, rue des Chaudronniers, 1204 Genève; le présent arrêt et les pièces en possession de la demanderesse, invoquées comme moyen de preuve, doivent être joints à l'envoi;

communique le présent arrêt à Me Marc Mathey-Doret, avocat de la demanderesse, ainsi qu'à X assurance et à l'office fédéral des assurances privées.

Siégeants : M. Paychère, président, M. Thélin, Mmes

Bonnefemme-Hurni et Bovy, juges,
M. Torello, juge suppléant

Au nom du Tribunal administratif :
le secrétaire-juriste : le vice-président :

A. Amiguet

F. Paychère

Copie conforme de cet arrêt a été communiquée aux
parties.

Genève, le

la greffière :

M. Mega