

du 7 août 2001

dans la cause

Madame C. S.

représentée par Me Marc Mathey-Doret, avocat

contre

X, ASSURANCE MALADIE ET ACCIDENT

**EN FAIT**

1. Madame C. S. était assurée, en matière d'assurance maladie obligatoire, auprès d'X, assurance maladie et accident (ci-après : X ou la caisse). Elle bénéficiait auprès de la même caisse d'assurances complémentaires, en particulier du produit "Materna Media", couvrant les frais de maternité en division privée, avec limitation du choix de l'établissement.

2. Mme S. a séjourné à la clinique Y à Genève entre le 29 mai et le 8 juin 1998, où elle a accouché par césarienne.

De ce fait, les factures suivantes ont été établies :

- 12 juin 1998 : Dr S. (anesthésiste) CHF 1'880.-
- 30 juin 1998 : clinique Y CHF 19'302,55  
(séjour de Mme S.)
- 30 juin 1998 : clinique Y CHF 1'837,30  
(nursery)
- 2 juillet 1998 : Dr B. (gynécologue) CHF 4'400.-
- 2 juillet 1998 : - dito CHF 1'121,50

Le 26 juillet 1998, Mme S. a transmis l'intégralité de ces factures à X, soit un total de CHF 28'541,35.

3. Par décompte daté du 21 juillet 1998, dont le remboursement a été reçu par Mme S. le 28 juillet de la même année, X a versé à l'intéressée la somme de CHF 7'062, soit onze fois CHF 342.- (forfait applicable en division générale d'un hôpital public à Genève) et onze fois CHF 300.-, selon les conditions spéciales de l'assurance Materna.

4. Le 26 juillet 1998, Mme S. a informé X qu'elle avait compris que la caisse n'allait lui rembourser qu'une petite partie de son accouchement; en revanche, il n'était stipulé nulle part que les factures de médecins ne seraient pas prises en charge, ce d'autant qu'elles auraient porté sur un montant de la même importance, voire plus, dans une autre clinique.

5. Le 7 août 1998, Mme S. a indiqué à X qu'elle acceptait le remboursement partiel du 28 juillet concernant la facture de la clinique Y. Elle réservait tous ses droits pour le solde.

6. Dans sa lettre du 17 août 1998 à Mme S., X a précisé que la clinique Y ne faisait pas partie des fournisseurs de soins agréés au sens de l'article 7 des conditions générales d'assurance "Materna Media". Les prestations se limitaient dès lors à CHF 200.- par jour pour les frais de traitement et à CHF 100.- par jour pour les frais hôteliers. Mme S. avait été avertie des conséquences pécuniaires qui découleraient d'un séjour hospitalier à la clinique Y dans des courriers antérieurs à son accouchement.
7. Le 28 septembre 1998, Mme S. et son époux ont fait part à X de leur mécontentement.
8. X a répondu à ce pli le 9 décembre 1998. Les négociations menées entre la fédération genevoise des assureurs maladie et l'association des cliniques privées genevoises, dès 1997, avaient échoué. Aucun consensus tarifaire n'avait pu être trouvé entre les partenaires. L'augmentation des coûts hospitaliers avait pour conséquence que les assurés en bonne santé désertaient le domaine des assurances facultatives : la facture générale ne cessait d'augmenter et était à diviser par un nombre plus restreint d'assurés. Du fait de la sous-occupation des lits, les établissements étaient tentés d'user des possibilités de facturation supplémentaire. Les caisses devaient dès lors concentrer la fourniture des soins sur un nombre limité de partenaires, en échange de modalités financières plus avantageuses. Le décompte de prestations était maintenu : toute interprétation laxiste des conditions d'assurance serait immédiatement jugée discriminatoire, en violation des mesures provisionnelles imposées par la Cour de justice civile de Genève, dans le cadre de la procédure civile qui opposait X à plusieurs cliniques genevoises.
9. Le 20 juin 2000, Mme S. a repris contact avec X, par la plume d'un avocat. X était mise en demeure de verser le solde dû, soit CHF 21'461,35, plus intérêts à 5% dès le 28 juillet 1998. La caisse devait confirmer, par retour du courrier, qu'elle renonçait à se prévaloir de l'exception de prescription. Les montants dus seraient compensés avec les primes d'assurance du fils de Mme S..
10. Le 21 juin 2000, X a indiqué à Mme S. que, conformément à l'article 46 de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA - RS 221.229.1), la créance s'était prescrite deux ans après le fait d'où l'obligation était née. Mme S. n'était pas autorisée à procéder à la compensation qu'elle avait annoncée.

11. Le 26 juin 2000, Mme S. a fait notifier à X une réquisition de poursuite, en CHF 21'461,35. Le même jour, elle indiquait à son assureur que la créance n'était pas prescrite. Celle-ci était née quatre semaines après la date à laquelle X avait reçu les renseignements de nature à se convaincre du bien-fondé de la prétention, soit en tout cas après le 28 juillet 1998.
12. Le 10 juillet 2000, X a maintenu sa position. Le fait qui donnait naissance à la prétention - et qui constituait le début du délai de prescription - était la réalisation du risque assuré, soit l'hospitalisation qui avait eu lieu entre le 29 mai et le 8 juin 1998.
13. Le 25 juillet 2000, Mme S. a contesté cette position, maintenue par X le 3 août 2000, au motif que la date à laquelle la facture du fournisseur de soins avait été établie n'était pas pertinente.
14. Le 14 mars 2001, Mme S. a repris contact avec X : le Tribunal administratif du canton de Genève avait jugé que cette caisse n'était pas autorisée à écarter la clinique Y de la liste des fournisseurs de soins, tant et aussi longtemps que l'ordonnance sur mesures provisionnelles de la Cour de justice du 6 janvier 1997 était en vigueur. Le Tribunal fédéral avait confirmé cette position. X était mise en demeure de verser les sommes dues dans un délai de six jours.
15. En réponse, X a maintenu que la créance était prescrite. Opposition totale avait été faite au commandement de payer notifié.
16. Par acte mis à la poste le 14 mai 2001, Mme S. a saisi le Tribunal administratif, concluant à ce qu'X lui verse la somme de CHF 21'461,35, avec intérêts à 5% dès le 24 août 1998. La mainlevée définitive de l'opposition formée au commandement de payer devait être levée.

La demanderesse a exposé que la créance n'était pas prescrite, dès lors que le délai n'avait pu commencer à courir avant la date de son exigibilité. Le paiement effectué par X le 28 juillet 1998 était un acompte, qui avait eu pour conséquence d'interrompre la prescription. De plus, le fait d'invoquer la prescription était contraire à la bonne foi, puisqu'X avait fondé son refus sur une décision judiciaire dont le contenu était contraire à ce qu'elle affirmait.

17. Le 10 juin 2001, X a maintenu sa décision. Le délai de prescription avait commencé à courir au moment de l'hospitalisation. Lorsqu'X avait refusé de fournir des prestations, elle estimait de bonne foi être fondée à le faire. Mme S. aurait dû, à cette époque, s'adresser à un juge. Au surplus, le versement du 28 juillet 1998 n'avait pas interrompu la prescription, puisqu'on ne se trouvait pas face à un dommage dont l'ampleur résultait d'une situation qui évoluait de manière irréversible ou non, régulière ou irrégulière.

18. Interpellée par le Tribunal administratif, X a précisé, dans un courrier du 23 juillet 2001, que, dans l'hypothèse où l'exception de prescription n'était pas retenue, elle devrait prendre en charge le solde inacquitté de la facture de la clinique Y de CHF 19'302,55, soit CHF 12'240,55. Les factures relatives aux honoraires de médecins et d'anesthésiste étaient prises intégralement en charge, sans franchises ni quotes-parts.

X a encore précisé, lors d'une conversation téléphonique du 25 juillet 2001 avec le juge délégué, que la facture "pension/nursery" de la clinique Y, en CHF 1'837,30, serait aussi intégralement prise en charge.

#### **EN DROIT**

1. 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).

2. Selon l'article 46 LCA, les créances qui dérivent du contrat d'assurance se prescrivent par deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation.

3. Selon l'article 2 du Code civil suisse du 10 décembre 1907 (CCS - RS 210), chacun est tenu d'exercer ses droits et d'exécuter ses obligations selon les règles de la bonne foi. L'abus manifeste d'un droit n'est pas protégé par la loi.

Selon la jurisprudence, l'article 2 alinéa 2 CCS peut être opposé à l'exception de prescription non seulement lorsque l'inaction du créancier s'explique par un

comportement dolosif du débiteur, mais aussi lorsque celui-ci, sans commettre un dol, adopte une attitude qui incite le créancier à n'entreprendre aucune démarche juridique pendant le délai de prescription et fait apparaître son abstention comme compréhensible (RVJ 1997 p. 405 et la jurisprudence citée).

Il apparaît que c'est exactement ce qui s'est passé dans la présente espèce : alors qu'X était sous le coup d'une ordonnance de mesures provisionnelles lui interdisant d'écarter certaines cliniques privées - en particulier la clinique Y S.A. - des possibilités d'hospitalisation, avec prise en charge intégrale des frais, offertes aux assurés bénéficiant d'une couverture d'hospitalisation dans le secteur privé, X a affirmé à la demanderesse que le fait de rembourser les soins à la clinique Y la mettrait en porte-à-faux par rapport à cette ordonnance. Or, il sied de relever, sans qu'il soit besoin de déterminer au préalable si cette affirmation a été faite de bonne ou de mauvaise foi, qu'elle est simplement contraire au texte clair de l'ordonnance de mesures provisionnelles rendue par la Cour de justice le 6 janvier 1997 (cf. ATA G. du 10 octobre 2000, confirmé par le Tribunal fédéral le 6 mars 2001; ATA F. du 28 mars 2000 parmi d'autres).

4. Dans ces circonstances, le Tribunal administratif considérera que le fait même d'invoquer la prescription constitue un abus de droit, pour les motifs qui précèdent. Dès lors, la demande sera admise, sans qu'il ne soit nécessaire de déterminer si le délai de prescription a commencé à courir au moment de l'hospitalisation, au moment où la demanderesse a reçu les diverses factures qui lui ont été adressées ou, cas échéant, ultérieurement.
5. Selon l'article 41 LCA, l'échéance des prestations à verser par l'assureur est fixée à quatre semaines après le moment où ce dernier a reçu les renseignements lui permettant de se persuader du bien-fondé des prétentions de l'assuré. Selon les articles 102 et 103 du Code des obligations du 30 mars 1911 (CO - RS 220), le débiteur d'une obligation exigible est en demeure du seul fait de l'expiration du jour fixé pour l'exécution (ATA F. précité et les références citées).

Dans la présente affaire, le contrat liant la demanderesse à la caisse est soumis à la LCA. Il résulte des pièces produites que la caisse a reçu les factures pertinentes au plus tard le 24 juillet 1998; dès lors, les intérêts moratoires auxquels sera astreinte X courront dès le 24

août 1998, comme y conclut la demanderesse.

6. La demande sera donc admise et X condamnée au remboursement des montants suivants :

- CHF 1'880.-- facture Dr S. du 12 juin 1998
- CHF 19'302,55 facture clinique Y du 30 juin 1998  
sous déduction de CHF 7'062.--, soit CHF 12'240,55;
- CHF 1'837,30 facture clinique Y du 30 juin 1998
- CHF 4'400.-- facture Dr B. du 2 juillet 1998
- CHF 1'121,50 - dito, du 2 juillet 1998 également

soit, au total, CHF 21'479,35, avec intérêts à 5% dès le 24 août 1998. Dans la mesure où le commandement de payer porte sur la somme de CHF 21'461,35, plus CHF 100.- de frais, la mainlevée définitive sera accordée pour l'intégralité de la somme demandée. Seule la date d'origine des intérêts sera modifiée, conformément au considérant 5 du présent arrêt.

7. Vu la nature du litige, aucun émolument ne sera perçu (art. 47 al. 3 de loi fédérale du 23 juin 1978 sur la surveillance des institutions d'assurance privées (LSA - RS 961.01)).

Vu l'issue du litige, une indemnité de procédure, en CHF 1'500.--, sera allouée à la demanderesse, à la charge de l'assureur.

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

déclare recevable la demande déposée  
au Tribunal administratif le 11 mai 2001 par Madame C. S.;

**au fond :**

l'admet;

dit qu'X devra verser à Mme S. la  
somme de CHF 19'302,55 (facture clinique Y du 30 juin 1998),  
CHF 1'880.-- (facture Dr S. du 12 juin 1998), CHF 1'837,30  
(facture clinique Y du 30 juin 1998), CHF 4'400.-- (facture

Dr B. du 2 juillet 1998), CHF 1'121,50 - (facture du Dr B., du 2 juillet 1998), sous déduction des prestations déjà versées à ce jour, en CHF 7'062.-, soit CHF 21'479,35, avec intérêts à 5%, dès le 24 août 1998;

l'y condamne en tant que besoin;

prononce la mainlevée définitive du commandement de payer n° 752087 pour CHF 21'461,45, avec intérêts à 5% dès le 24 août 1998 et frais, en CHF 100.-;

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

alloue une indemnité de CHF 1'500.- à Mme S., à la charge d'X;

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 du recourant, invoquées comme moyen de preuve, doivent être joints à l'envoi;

communique le présent arrêt à Me Marc Mathey-Doret, avocat de la demanderesse, à X, assurance maladie et accident, ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances privées et, pour information, à l'office des poursuites de Lausanne-Est.

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

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

C. Goette

F. Paychère

Copie conforme de cette demande a été communiquée aux

parties.

Genève, le

la greffière :

Mme M. Oranci