RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1327/2004 **ATAS/238/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

2ème chambre

du 30 mars 2005

En la cause

Madame F_____, mais comparant par Me Jacques ROULET, en l'étude duquel elle élit domicile — Recourante

contre

CONCORDIA ASSURANCE SUISSE DE MALADIE ET ACCIDENTS, sise 15, Bundesplatz, à Lucerne — Intimée

Siégeant : Mme Isabelle Dubois, Présidente, Mmes Doris WANGELER et Juliana BALDE, juges.

EN FAIT

1. Le 11 janvier 1996, Madame F_____, née en décembre 1946, a signé une proposition d'assurance avec la Concordia assurance suisse de maladie et accidents (ci-après la Concordia) pour les assurances complémentaires Diversa, Natura et Assurance hospitalisation en division semi-privée, selon la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA). Les conditions générales d'assurance (CGA), assurances complémentaires des soins, édition 1997, ainsi que les conditions complémentaires d'assurance (CCA), assurance-hospitalisation PE, édition 1997, régissent ces contrats.

2. En date du 30 juin 2003, la Concordia a délivré aux Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après les HUG), à leur demande, une garantie d'assurance pour les frais de division demi-privée pour une durée maximale de 20 jours dès le 1er juillet 2003. Cette garantie n'était valable que pour autant que le traitement ne puisse pas être effectué en milieu ambulatoire.

3. L'assurée est entrée aux HUG le 1er juillet 2003 et en est ressortie le 2 juillet 2003, après avoir subi une opération de la cataracte à l'œil gauche, suite à un décollement de rétine.

4. Par courrier du 20 août 2003, la Concordia a informé les HUG que son médecin-conseil ne voyait aucune justification à un séjour hospitalier, l'opération aurait pu être exécutée en ambulatoire.

5. Par courrier du 2 septembre 2003, l'assurée a demandé à la Concordia de prendre en charge toute la durée de son séjour à la clinique ophtalmologique.

6. En date du 11 septembre 2003, les HUG ont adressé leur facture d'un montant de 2'268 fr. 45 à l'assurance.

7. Par courrier du 8 octobre 2003, le Dr A_____, chef de clinique aux HUG, a informé la Concordia que l'intervention chirurgicale s'était déroulée sans problème. A la relecture du dossier, il ne trouvait pas d'indication médicale ou ophtalmologique spécifique à l'intervention elle-même, justifiant que la patiente restât à l'hôpital. Néanmoins, en raison des antécédents de décollement de rétine et de la distance entre la clinique et le domicile de la patiente, qui aurait dû revenir à la clinique le lendemain de l'intervention pour un contrôle, il avait suggéré à cette dernière qu'elle passât la nuit dans le service, ceci afin de faciliter le suivi post-opératoire et son confort.

8. Par courrier du 13 novembre 2003 aux HUG, la Concordia a confirmé que selon l'avis de ses médecins-conseils, les antécédents de décollement compliqué de la rétine ne justifiaient pas une hospitalisation dans un service de soins aigus. En effet,

la technique de l'opération de la cataracte était actuellement bien rodée et le maintien de un à deux jours en hospitalisation n'évitait pas en soi une complication éventuelle. De ce fait, l'assurance a maintenu son refus de prise en charge de l'intervention.

9. En date du 5 novembre 2003, le Dr A_____ s'est adressé au médecin-conseil de la Concordia. Il a expliqué que suite à une décision de la commission paritaire pour le catalogue des prestations hospitalières en suisse, les opérations de cataracte « pouvaient être réalisées en ambulatoire et c'était à l'opérateur de décider de sa propre compétence si le patient était opéré de manière ambulatoire ou hospitalière. L'opérateur n'était pas obligé de justifier une hospitalisation dans chaque cas ». En outre, la commission des assurances de la société suisse d'ophtalmologie (ci-après la commission) avait élaboré une échelle à points qui donnait une indication pour juger si l'opération devait être faite plutôt ambulatoirement ou avec hospitalisation. En ce qui concernait la patiente, cette dernière avait reçu, sur l'échelle, 5 points sous le critère « désir du patient », 5 points pour « les problèmes de déplacement » et en ce qui concernait la cataracte spécifiquement, elle obtenait 3 points pour « status après opération de la rétine ». L'assurée totalisait donc 13 points. Or, dès qu'une valeur de 10 points était dépassée, la commission estimait qu'aucune explication supplémentaire n'était nécessaire pour le traitement en hôpital. Ainsi, l'hospitalisation de cette patiente pendant la nuit du 1er au 2 juillet 2003 était justifiée.

10. Par courrier du 5 décembre 2003, le médecin-conseil de la Concordia a exposé que la majorité des opérations de la cataracte pouvait être et était exécutée en ambulatoire. Les raisons d'une opération stationnaire trouvaient exceptionnellement leur justificatif dans les diagnostics complémentaires ou des situations ophtalmologiques complexes. Un status après opération de la rétine n'était pas suffisant à cet effet. De surcroît, l'échelle des points des ophtalmologues n'était pas reconnue par les médecins-conseils. Cette liste était controversée parce qu'elle accordait trop de poids à des raisons non médicales, comme c'était le cas ici pour le désir du patient, le problème de distance entre le domicile et l'hôpital et l'âge, et permettait d'atteindre facilement la limite des 10 points établie par les ophtalmologues pour justifier une opération stationnaire. Les trois médecins-conseils, B_____, C_____ et D_____ estimaient que chez une patiente de 57 ans un setting ambulatoire était raisonnable. Les problèmes de transport n'étaient pas à charge des assurances sociales.

11. Par courrier du 11 décembre 2003, l'assurée s'est à nouveau adressée à la Concordia, sollicitant la prise en charge de la facture des HUG. En effet, il n'appartenait ni à l'assurance ni à son médecin-conseil de décider du traitement médical et en particulier de savoir si l'assuré pouvait être traité dans un cadre ambulatoire ou dans un cadre hospitalier. Une assurance privée n'avait aucun

pouvoir décisionnel quant au traitement médical, ce qui aurait été incompatible avec l'art de pratiquer la médecine.

12. Par courrier du 18 décembre 2003, la Concordia s'est référée à l'art. 6 CCA, selon lequel les prestations hospitalières étaient accordées si, en considération du diagnostic et du traitement médical dans son ensemble, il y avait une nécessité de séjourner dans un hôpital pour soins aigus. En l'occurrence, un traitement stationnaire n'était nullement nécessaire et l'intervention aurait pu être réalisée en ambulatoire. Seules des conditions particulières, tel un risque accru de développer des complications post-opératoires comme un glaucome, justifiaient une hospitalisation. L'opération nécessitée suite au décollement de la rétine ne constituait pas un risque justifiant une hospitalisation.

13. Par courrier du 19 janvier 2004, l'assurée a précisé que le choix d'un séjour hospitalier relevait d'une prescription médicale et non d'un désir personnel.

14. En date du 22 juin 2004, l'assurée a déposé une demande en paiement pour un montant de 2'268 fr. 45 devant le Tribunal cantonal des assurances sociales. Elle a relevé pour l'essentiel que son hospitalisation était justifiée médicalement selon le Dr A_____. De surcroît, les soins reçus n'entraient pas dans la catégorie des soins couverts par l'assurance de base et devaient être pris en charge par l'assurance complémentaire. En outre, l'unique interprétation admissible de l'art. 6 CCA était que seule une hospitalisation fondée uniquement sur la volonté du patient, sans fondement d'ordre médical, pourrait permettre à l'assurance de nier a posteriori le droit à la couverture de frais d'hospitalisation, ce qui n'était pas le cas en l'occurrence. Enfin, la conséquence du système proposé par la Concordia était l'augmentation du risque médical et des atteintes à la santé, ainsi que l'affaiblissement du lien de confiance essentiel entre le médecin et son patient. L'interprétation de l'assurance de l'art. 6 CCA contrevenait donc aux art. 19 et 20 CO, ainsi qu'à l'art. 27 al. 2 CC.

15. Dans un mémoire de réponse du 2 juillet 2004, la Concordia a rappelé que la recourante avait subi une opération de la cataracte de l'œil gauche aux HUG et qu'une garantie avait été accordée à condition que le traitement ne puisse être effectué en milieu ambulatoire. Or, il n'existait en l'espèce aucune raison médicale justifiant un séjour hospitalier. Le Dr A_____, dans son rapport du 8 octobre 2003, avait confirmé qu'il ne trouvait pas d'indication médicale ou ophtalmologique spécifique à l'intervention elle-même justifiant que la patiente restât à l'hôpital. Il avait suggéré à l'assurée qu'elle passât la nuit dans le service afin de faciliter le suivi post-obligatoire et son confort. Il n'y avait donc pas de nécessité médicale à une hospitalisation et l'intervention aurait pu être exécutée en ambulatoire. Concernant l'échelle de points de la société suisse d'ophtalmologie, il s'avérait que seuls 3 points avaient été accordés à l'assurée pour le status après opération de la rétine, ce qui n'était pas suffisant pour justifier une hospitalisation,

puisque 10 points étaient nécessaires. Enfin, l'âge de la patiente, née en 1946, ne justifiait pas qu'elle restât à l'hôpital pour éviter un déplacement.

16. En date du 19 octobre 2004, le Tribunal de céans a procédé à l'audition des parties. La demanderesse a expliqué que c'était à la demande du Dr A_____ qu'elle avait été hospitalisée une nuit. Elle était en effet sous traitement de Sintrom à vie, ce qui entraînait de grands risques d'hémorragie ; il fallait pour cette raison préalablement cesser la prise de médicament pour une opération. Il y avait donc un besoin de surveillance qui justifiait l'hospitalisation. La Concordia a exposé quant à elle n'avoir pas eu connaissance de ce nouvel élément.

17. Suite à cette audience, le Dr A_____ a adressé un courrier, en date du 4 novembre 2004, au médecin-conseil de la Concordia, confirmant que sa patiente était effectivement sous anticoagulation de Sintrom à vie. En général, il n'était pas nécessaire d'arrêter l'anticoagulation pour une intervention de la cataracte. Cependant, l'opération effectuée sur l'assurée était une intervention à haut risque, étant donné le status post-vitrectomie chez une patiente anticoagulée. Le risque d'hémorragie précoce était tout à fait réel, compte tenu de l'instabilité du cristallin dans le sac capsulaire de l'œil vitrectomisé. Le maintien en hospitalisation pour 24 heures se justifiait pour cette seule raison.

18. Par courrier du 29 novembre 2004 au Tribunal de céans, la Concordia, persistant dans ses conclusions, s'est référée à la prise de position de son médecin-conseil du 26 novembre 2004, qui confirmait qu'en règle générale, juste avant une opération telle qu'avait subie la patiente, la dose de Sintrom était réduite pour éviter les hémorragies. Toutefois, ceci ne suffisait pas à justifier un séjour stationnaire à l'hôpital. Enfin, l'assurance s'étonnait que cet élément médical ait été communiqué un an après le premier rapport du Dr A_____.

19. Par courrier du 4 janvier 2005, la demanderesse a persisté dans ses conclusions. Indépendamment du nouvel élément médical qui justifiait le séjour hospitalier, l'échelle à points de la société suisse d'ophtalmologie, médicalement reconnue, ne pouvait être remise en question. Or, selon cette échelle, son hospitalisation était nécessaire pour des raisons médicales.

20. Par courrier du 10 mars 2005, le Tribunal de céans a gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. c de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la loi sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 et à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981.

   Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie et la demande de l'assurée doit être déclarée recevable.

3. En matière d'assurances complémentaires, les parties sont liées par l'accord qu'elles ont conclu dans les limites de la loi, les caisses pouvant en principe édicter librement les dispositions statutaires ou réglementaires dans les branches d'assurances complémentaires.

   Selon la jurisprudence, celui qui signe un texte comportant une référence expresse à des conditions générales est lié au même titre que celui qui appose sa signature sur le texte même de celles-ci, quand bien même il ne les aurait pas lues (ATF 119 II 443). Les conditions générales font alors partie intégrante du contrat et doivent être interprétées selon les mêmes principes que les autres dispositions contractuelles (ATF 117 II 609).

   Selon le principe de la confiance, les déclarations de volonté qui n'ont pas été comprises de la même manière par les parties s'interprètent d'après le sens que leur destinataire pouvait et devait leur donner de bonne foi, compte tenu de l'ensemble des circonstances (ATF 116 II 345; 116 Ia 56, consid. 3b; 113 II 49, consid. 1a). On admettra en général que le destinataire devait se fonder sur les circonstances qu'il connaissait ou aurait dû connaître au moment de la déclaration. Par ailleurs, selon une jurisprudence constante, lorsqu'une clause contractuelle figurant dans des conditions générales rédigées d'avance par l'une des parties peut, en toute bonne foi, être comprise de différentes façons, ces clauses soient interprétées contre leur auteur (in dubio contra stipulatorem : ATF 115 V 264, consid. 5a; 112 V 142, consid. 4c). Une disposition contractuelle ne sera toutefois interprétée en défaveur de l'assureur que lorsqu'il s'avère, après une interprétation soigneuse et objective, qu'elle peut de bonne foi être comprise de différentes façons (SJ 1996 p. 623).

   En ce qui concerne la couverture des risques dans le contrat d'assurance, les règles générales d'interprétation sont complétées par l'art. 33 de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA), selon lequel l'assureur répond de tous

les événements qui présentent le caractère du risque contre les conséquences duquel l'assurance a été conclue, à moins que le contrat n'exclue certains événements d'une manière précise, non équivoque.

Selon l'art. 26 (26.1, 26.2 et 26.3) CGA, lorsqu'une maladie ou un accident donne probablement droit à des prestations, il y a lieu de veiller aussi rapidement que possible à ce que des soins médicaux adéquats soient prodigués. L'assuré est tenu de se conformer aux prescriptions du médecin ou des autres fournisseurs de prestations. L'assureur est en droit de demander aux fournisseurs de prestations tous documents et renseignements complémentaires, notamment des certificats médicaux. Il est de plus tenu, sur ordre de l'assureur, de se soumettre à un examen par des médecins mandatés par l'assureur (médecin-conseil). Aucune prestation n'est versée, notamment pour les traitement dont l'efficacité, l'adéquation et le caractère économique ne sont pas démontrés selon des méthodes scientifiques (art. 31.2 CGA). En cas de traitement ambulatoire, les factures détaillées et les pièces originales correspondantes doivent être renvoyées à l'assureur à la fin du traitement, mais au moins une fois par année (art. 27 CGA). Toute entrée à l'hôpital doit être annoncée immédiatement à l'assureur, mais au plus tard après 5 jours. A la demande de l'assuré, l'assureur délivrera une garantie de paiement lors de son entrée à l'hôpital (art. 28.1 et 28.2 CGA).

Aux termes de l'art. 6 (6.1 et 6.2) CCA, les prestations hospitalières sont accordées : si, en considération du diagnostic et du traitement médical dans son ensemble, il y a une nécessité de séjourner dans un hôpital pour soins aigus (art. 6.1 CCA). Elles sont accordées pour l'hôpital pour soins aigus ou la division d'hôpital, dans lesquels l'assuré doit séjourner pour des raisons médicales (art. 6.2 CCA). Aussi longtemps que les conditions relatives à l'octroi des prestations sont remplies, les prestations couvrent tous les frais de séjour et de traitements scientifiquement reconnus, dans un hôpital pour soins aigus, ainsi que les frais de traitement des médecins en fonction de l'assurance convenue (division commune, mi-privée ou privée) et selon le tarif reconnu par l'assureur (art. 7.1 CCA). Si une intervention ambulatoire moins coûteuse permet d'éviter un séjour stationnaire dans un hôpital pour soins aigus (traitement semi-hospitalier) et si une convention existe entre l'institution dans laquelle l'intervention ambulatoire est pratiquée et l'assureur, les frais de l'intervention sont pris en charge par l'assurance hospitalisation PE selon les tarifs conventionnels. Aucune participation aux coûts ne sera perçue pour les frais excédant les prestations légales obligatoires (art. 7.2 CCA).

Ces dispositions contractuelles sont claires et n'ont, partant, pas besoin d'être interprétées. Les prestations hospitalières ne sont accordées que si, en considération du diagnostic et du traitement médical dans son ensemble, il y a une nécessité, dictée par des raisons médicales, de séjourner dans un hôpital pour soins aigus (art. 6.1 et 6.2 CCA).

4. En l'espèce, il convient de déterminer si l'hospitalisation d'une nuit de la recourante, suite à l'opération de la cataracte de son œil gauche, était nécessitée par des raisons médicales ou non, étant entendu que l'opération de la cataracte constituait un traitement dont l'efficacité, l'adéquation et le caractère économique n'ont pas été remis en cause par les parties.

   Selon les premières déclarations du médecin ayant opéré la recourante, le Dr A_____ (courrier du 8 octobre 2003), l'intervention chirurgicale s'était déroulée sans problème. Il ne voyait pas d'indication médicale ou ophtalmologique spécifique à l'intervention elle-même, justifiant que la patiente restât à l'hôpital. Néanmoins, en raison des antécédents de décollement de rétine et de la distance entre la clinique et le domicile de la patiente, qui aurait dû revenir à la clinique le lendemain de l'intervention pour un contrôle, il avait suggéré à cette dernière qu'elle passât la nuit dans le service, ceci afin de faciliter le suivi post-opératoire et son confort.

   En date du 5 novembre 2003, ce médecin a expliqué au médecin-conseil de l'intimée que selon une décision de la commission paritaire pour le catalogue des prestations hospitalières en Suisse, pour les opérations de cataractes, « c'était à l'opérateur de décider de sa propre compétence si le patient était opéré de manière ambulatoire ou hospitalière. L'opérateur n'était pas obligé de justifier une hospitalisation dans chaque cas ». En outre, la commission des assurances de la société suisse d'ophtalmologie avait élaboré une échelle à points qui donnait une indication pour juger si une opération devait être plutôt faite ambulatoirement ou avec hospitalisation. En l'occurrence, la patiente avait reçu, sur cette échelle, 5 points sous le critère « désir du patient », 5 points pour « les problèmes de déplacement » et 3 points en ce qui concernait l'opération de la cataracte elle-même pour « status après opération de la rétine ». Or, selon cette commission, dès qu'une valeur de 10 points était dépassée, aucune explication supplémentaire n'était nécessaire pour le traitement en hôpital.

   Enfin, en date du 4 novembre 2004, le Dr A_____ a confirmé au médecin-conseil de l'assurance que sa patiente était sous traitement anti-coagulation de Sintrom à vie. Ainsi, l'intervention effectuée sur l'assurée était une intervention à haut risque, étant donné le status post-vitrectomie chez une patiente anticoagulée. Le risque d'hémorragie précoce était tout à fait réel, compte tenu de l'instabilité du cristallin dans le sac capsulaire de l'œil vitrectomisé. Le maintien en hospitalisation pour 24 heures se justifiait pour cette seule raison.

   En l'occurrence, il découle clairement des premières déclarations du Dr A_____, faites spontanément, que l'hospitalisation d'une nuit de la patiente ne trouvait pas d'indications médicales ophtalmologiques et que c'était pour d'autres raisons - non médicales, tel le confort de la patiente -, qu'il avait été proposé à cette dernière de passer une nuit dans le service.

Quant aux deuxièmes déclarations de ce médecin, il y a lieu de constater que dans un contrat de droit privé, seules les clauses du contrat, des conditions générales y relatives et de la LCA sont applicables. Or, il ne ressort ni de la LCA, ni de la police d'assurance, ni des CGA ou des CCA que les parties devraient être soumises aux décisions de la commission paritaire pour le catalogue des prestations hospitalières en Suisse ou à l'échelle de points élaborée par la commission des assurances de la société suisse d'ophtalmologie. Il y a lieu à cet égard de relever que 10 points ont été attribués, sur cette échelle, à la recourante, pour des questions de confort et de déplacement, ce qui confirme que l'hospitalisation n'a pas eu lieu pour des raisons médicales. Ces deuxièmes déclarations du médecin traitant ne permettent ainsi pas de reconnaître à l'hospitalisation une nécessité médicale.

Dans ses dernières déclarations, le Dr A_____ indique que le risque d'hémorragie précoce dû au fait que la patiente était sous anticoagulation justifiait à lui seul l'hospitalisation. Il est étonnant que cette raison ait été invoquée plus d'une année après le début du litige. En outre, ce médecin revient sur ses déclarations d'octobre 2003, selon lesquelles il n'y avait aucune indication médicale ou ophtalmologique spécifique à l'intervention elle-même, justifiant que la patiente restât à l'hôpital. Or, lors de déclarations contradictoires, l'on peut d'après l'expérience générale de la vie estimer que la première affirmation, faite dans l'ignorance des conséquences juridiques qu'elle aurait, est conforme à la vérité. De surcroît, le médecin-conseil de l'intimée a estimé que cet élément (patiente sous anti-coagulation au Sintrom) ne suffisait pas à justifier un séjour stationnaire à l'hôpital.

Enfin, il y a lieu de relever que les arguments de la recourante, selon lesquels l'art. 6 CCA (nécessité de séjour dans un hôpital pour soins aigus justifié pour des raisons médicales) contreviendrait aux art. 19 et 20 CO, ainsi qu'à l'art. 27 al. 2 CC doivent être réfutés. En effet, des dispositions semblables à l'art. 6 CCG se retrouvent non seulement dans la plupart des assurances complémentaires selon la LCA, mais encore dans l'assurance de base selon la LAMal et ne violent pas les principes consacrés par les art. 19 et 20 CO et 27 al. 2 CC, mais permettent de limiter une prise en charge hospitalière aux seuls séjours médicalement justifiés, ce qui est bien conforme aux buts d'une assurance.

Au vu des éléments qui précèdent, il y a lieu de constater que l'hospitalisation d'une nuit de la demanderesse, suite à l'opération de la cataracte de son œil gauche, n'était pas justifiée médicalement, mais par des raisons de confort personnel; ce type d'hospitalisation a été explicitement exclu par les CCA de l'assurance. L'intimée n'a donc pas à prendre en charge les frais médicaux liés à cette hospitalisation.

5. Cependant, il n'est pas contesté que l'opération de la cataracte elle-même constituât un traitement médical approprié et économique, démontré selon des méthodes

scientifiques. L'assurance devra donc prendre en charge les coûts correspondant au traitement ambulatoire nécessaire, selon les tarifs conventionnels et si tant est qu'il existât une convention entre les HUG et la Concordia (art. 7.2 CCA), voire sur la base LAMal, le cas échéant, puisque lorsqu'une hospitalisation est inappropriée et qu'à dire de spécialiste un traitement ambulatoire est indiqué, l'assuré a droit à la prise en charge des coûts correspondant au traitement ambulatoire nécessaire (RAMA 2000 n° KV 100 p. 6).

*****

PAR CES MOTIFS,

LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ

A la forme :

1. Déclare la demande recevable.

Au fond :

2. La rejette.

3. Renvoie le dossier à la Concordia, pour examen au sens du point 5 des considérants.

4. Dit que la procédure est gratuite.

5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

Le greffier:
Pierre Ries

La Présidente :
Isabelle Dubois

La secrétaire-juriste : Frédérique Glauser

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances privées par le greffe le