

Faits: Jusqu'au 30 septembre 1993, Mme Ch. B., née le 20 novembre 1927, était assurée auprès d'Elvia Assurances (ci-après: Elvia) pour les prestations accidents et maladie. Elle bénéficiait, selon sa police d'assurance n° 6'302'754, d'une couverture complète en classe 1.

En 1993, Elvia a décidé d'arrêter son activité d'assureur dans le domaine de la santé et a organisé le transfert de ses assurés auprès de la caisse-maladie Universa (ci-après: Universa).

Le 6 septembre 1993, Mme B. a signé une déclaration d'adhésion auprès d'Universa pour les catégories d'assurance suivantes:

- Assurance des frais médicaux pharmaceutiques et hospitaliers (AH)
- Assurance complémentaire combinée d'hospitalisation, division privée des hôpitaux suisses (HC3)
- Assurance des soins complémentaires, niveau 3 (SC3) Indemnités journalières en cas d'hospitalisation (BH)
- Assurance des soins spéciaux (SP)

L'entrée en vigueur de son contrat d'assurance était souhaitée pour le 1er octobre 1993.

Au recto de la déclaration d'adhésion, une rubrique "questionnaire pour le transfert Elvia Assurances", portant le visa et le timbre d'Elvia, indiquait que la police n° 6'302'754 d'Elvia était transférée, avec couverture complète, en 1ère classe, sous réserve d'une franchise de Frs 500.-.

Une rubrique "dispositions complémentaires" stipulait en outre que, par sa signature, Mme B. acceptait les statuts, conditions générales et règlements d'Universa sous leur forme actuelle, ainsi que les modifications ultérieures. Dès l'entrée en vigueur de l'assurance, elle renonçait aux droits et obligations de sa police Elvia n° 6'302'754.

En automne 1995, un conflit est survenu entre Mme B. et Universa, cette dernière hésitant à lui rembourser des factures relatives à des traitements ambulatoires ayant été effectués en France.

Informée par Mme B. de ce fait, Elvia s'est adressée à Universa par courrier du 16 février 1996.

"Lors du transfert du contrat Elvia n° 6'302'754, Universa prenait la suite des contrats d'Elvia dans sa totalité" .

Mme B. voyageait beaucoup; son contrat de l'époque avec Elvia lui permettait le remboursement des frais à l'étranger. Ces derniers consistaient souvent en des traitements ayant lieu en France, ce qui était malgré tout facilement contrôlable. Mme B. étant une cliente importante d'Elvia, elle devait obtenir satisfaction.

Par courrier du 4 mars 1996, Mme B. a requis d'Universa le remboursement des frais médicaux à l'étranger pour lesquels elle avait envoyé un décompte.

Du temps d'Elvia, tous ses frais médicaux lui étaient remboursés, sous réserve de la franchise, sans distinction du pays dans lesquels les soins lui avaient été prodigués.

Universa avait accepté de reprendre dans sa totalité le contrat d'assurance-accidents et maladie qu'elle avait auprès d'Elvia et, en particulier, la prise en charge des frais médicaux à l'étranger. En effet, Universa avait été informée de ce qu'elle consultait souvent des médecins à l'étranger puisqu'elle voyageait beaucoup; la prise en charge de ses frais médicaux à l'étranger représentait donc pour elle un élément déterminant du contrat. La seule limite au

droit de recevoir des soins convenus lors du transfert d'assurance était que le remboursement des frais à l'étranger se fasse selon le tarif suisse pour des prestations identiques.

Il était d'ailleurs dans l'intérêt d'Universa qu'elle continue à se faire soigner par ses médecins habituels en France, puisque les médicaments et traitements étaient moins coûteux à l'étranger qu'en Suisse.

Après examen du dossier, Universa a accepté, le 22 mars 1996, de rembourser le traitement suivi par Mme B. en France, sur la base du tarif suisse pour des prestations identiques.

Par courrier du 4 novembre 1996, Mme B. a informé Universa que le certificat d'assurance 1997 qui lui était parvenu indiquait, sous référence "SC soins complémentaires", une limite de Frs 15'000.--. Cette limite de couverture ne figurait pas dans sa police initiale et devait être supprimée puisqu'elle n'avait jamais été acceptée. Sa couverture pour les soins complémentaires devait être illimitée.

En outre, d'après ce qui figurait sous la référence "HC assurance combinée d'hospitalisation", elle était couverte en division privée dans les hôpitaux suisses. Or, la lettre d'Universa du 22 mars 1996 lui garantissait la prise en charge de tous ses traitements à l'étranger, ce sur la base du tarif suisse pour des prestations identiques.

Le 12 novembre 1996, Universa a répondu à Mme B. que le certificat 1997 était en tous points conforme à la couverture d'assurance dont cette dernière avait bénéficié en 1996.

Conformément à l'article 2 du règlement concerné, les prestations prévues par l'assurance des soins complémentaires, niveau 3, étaient assurées jusqu'à concurrence de Frs 15'000.-- par année civile. Il était toutefois exact que l'attestation 1996 ne mentionnait pas le montant maximal annuel choisi par Mme B. lors de son adhésion.

En vertu de l'article 24 de ses conditions générales (ci-après: CG), l'assurance obligatoire des soins ne couvrait que les prestations ambulatoires effectuées en cas d'urgence à l'étranger.

En cas d'hospitalisation à l'étranger, les prestations allouées étaient celles qui auraient été versées si l'assuré avait été soigné à son lieu de résidence en Suisse, conformément à l'article 4 point 1 du règlement concerné, édition 1996. Dès le 1er janvier 1997, du fait de la modification des conditions particulières de l'assurance combinée d'hospitalisation, l'assureur prendrait en charge, en cas d'hospitalisation à l'étranger, durant 60 jours par année civile au maximum Frs 1'500.-- par jour, ce tarif étant celui de la classe 3 (division privée) dont bénéficiait Mme B.

Les nouvelles conditions d'assurance en vigueur en 1997 parviendraient à tous les assurés dans le courant du mois de décembre.

Mme B. a contesté l'opinion d'Universa.

L'ensemble des frais médicaux qu'elle pouvait encourir à l'étranger, que ce soit dans le cadre d'un traitement ambulatoire ou d'une hospitalisation, devaient être pris en charge, sur la base du tarif suisse pour des prestations identiques.

Le 22 mars 1996, Universa avait d'ailleurs accepté cette situation et remboursé les traitements qu'elle avait effectués à l'étranger, sur la base du tarif suisse pour des prestations identiques. N'ayant alors émis aucune réserve concernant une hospitalisation éventuelle à l'étranger, Universa ne pouvait revenir sur cette situation.

Dans son courrier du 11 décembre 1996, Universa a maintenu sa position.

Tous ses assurés étaient soumis à ses conditions générales et règlements d'assurance, conformément aux principes de mutualité et d'égalité de traitement imposés par l'article 13 alinéa 2 lettre a de la loi sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10). Or, d'après l'article 24 CG, l'assurance obligatoire des soins ne couvrait pas les traitements effectués volontairement à l'étranger. Toutefois, aux termes de l'article 4 alinéa 1 des CG pour les assurances-maladie complémentaires, les frais d'un assuré se faisant soigner à l'étran-

ger, pour une maladie déclarée en Suisse, pouvaient être remboursés si le médecin traitant avait présenté préalablement une demande à l'assureur et que celui-ci l'avait acceptée.

Elle n'était pas obligée d'offrir une couverture d'assurance identique à celle dont bénéficiait Mme B. auprès d'Elvia.

Par courrier du 18 décembre 1996, Mme B. a requis d'Universa une décision formelle dans la mesure où celle-ci, hors les cas d'urgence, refusait de lui allouer des prestations relatives à des traitements ambulatoires à l'étranger. Universa revenait donc sur sa décision du 22 mars 1996.

Le principe de l'égalité de traitement commandait aussi de traiter les situations différentes de manière différente; de ce fait, elle devait bénéficier d'un traitement spécifique.

De plus, Universa devait lui confirmer sa position quant aux traitements en milieu hospitalier car, contrairement à ce qu'elle pensait, ce point était également couvert par le contenu de la lettre du 22 mars 1996.

Par décision du 23 janvier 1997, Universa a maintenu sa position.

L'article 34 LAMal confirmait qu'aucune prestation n'était due, dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, pour un traitement volontaire à l'étranger.

Le 26 février 1997, Mme B. a fait opposition à la décision précitée.

Lors du transfert d'Elvia à Universa, il lui avait été indiqué que son contrat serait repris aux mêmes conditions, la seule limite étant le respect des tarifs suisses pour les prestations à l'étranger. La prise en charge de ses frais à l'étranger, élément du contrat essentiel pour elle vu ses nombreux déplacements à l'étranger, avait d'ailleurs été confirmée par Elvia à Universa dans le courrier du 16 février 1996 et admise par cette dernière le 22 mars 1996.

Lors du transfert du contrat d'assurance, Universa n'avait jamais évoqué les cas d'urgence. L'article 5 chiffre 1 du règlement sur l'assurance combinée d'hospitalisation avec franchise indiquait au contraire que ces prestations étaient illimitées quant à leur étendue et leur durée. Aucun des documents remis par Universa ne contenait de limitation, hormis la référence au tarif suisse comme tarif maximal admis.

L'article 34 LAMal ne pouvait justifier a posteriori une limitation des engagements d'Universa à la suite de la reprise du contrat d'Elvia.

Universa était liée par le principe de la bonne foi.

Le 20 janvier 1997, Universa lui avait notifié un décompte de remboursement de prestations dans lequel plusieurs factures de médecins et de pharmacie en France avaient été admises comme couvertes par le règlement AH. Universa semblait donc à nouveau vouloir se conformer à ses obligations.

Par décision du 13 mars 1997, Universa a rejeté l'opposition en reprenant les motifs développés dans sa décision du 23 janvier 1997.

La correspondance du 22 mars 1996 ne constituait pas une décision définitive pour les traitements futurs à l'étranger. La notion d'urgence devait être examinée pour tout soin effectué hors de Suisse.

Par acte du 17 avril 1996, Mme B. a recouru contre cette décision au greffe du Tribunal administratif, fonctionnant comme tribunal cantonal des assurances. Persistant dans son argumentation précédente, elle a conclu à l'annulation de la décision précitée et à ce "qu'il soit constaté qu'Universa doit rembourser l'ensemble de ses frais médicaux, pharmaceutiques et hospitaliers encourus à l'étranger, dans les limites du tarif suisse".

Dans son mémoire de réponse du 5 juin 1997, Universa a conclu au rejet du recours.

Le Tribunal de céans devait examiner sa compétence, compte tenu du fait que l'objet du litige se concentrait principalement sur les assurances complémentaires, soumises à la LCA en vertu de la LAMal.

La condition première du transfert d'assurance de Mme B. d'Elvia à Universa était que les mêmes branches d'assurance soient garanties. Universa ne devait en aucun cas procéder à une adoption parfaite et totale des règlements d'Elvia. En signant la déclaration d'adhésion à

Universa le 6 septembre 1993, Mme B. avait renoncé aux droits et obligations de sa police Elvia et accepté les statuts, conditions générales et règlements d'Universa.

Entre 1993 et 1995, Mme B. n'avait jamais contesté être soumise aux conditions générales ainsi qu'au règlement d'assurance d'Universa. Ce n'était qu'au courant de l'année 1995 que la recourante avait envoyé les premières factures de soins prodigués à l'étranger.

L'entrée en vigueur de la LAMal au 1er janvier 1996 permettait au Conseil fédéral de limiter la prise en charge des coûts des prestations fournies à l'étranger (art. 34 LAMal), ce qu'il avait fait à l'article 36 alinéa 2 de l'ordonnance de la loi sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (LAMal - RS 832.102). En vertu de cette dernière disposition, l'assurance obligatoire des soins ne prenait en charge les coûts des traitements à l'étranger que pour autant qu'ils aient été effectués en cas d'urgence. L'article 24 des CG 1997 reprenait la teneur de l'article 36 LAMal.

Concernant les assurances complémentaires, les traitements à l'étranger n'étaient pris en charge que dans les limites du règlement, en fonction de l'urgence ou de l'accord de la caisse. A titre d'exemple, l'article 6 chiffre 3 in fine du règlement HC 1997 stipulait que, sauf accord préalable de l'assureur, les traitements volontaires à l'étranger n'étaient pas pris en charge.

En l'espèce, ce n'était qu'à réception de la police d'assurance pour l'année 1997, sur laquelle la limitation de couverture était expressément indiquée, que la recourante avait demandé la rectification de sa police "alors que pendant 4 années consécutives, elles étaient soumises aux règlements d'Universa, qu'elle a accepté".

La correspondance du 22 mars 1996 n'était pas un blanc seing pour tous les traitements ultérieurs de la recourante à l'étranger. Cette correspondance constituait une position particulière, adoptée à bien plaisir et non un engagement irrévocable. Les quelques largesses qu'elle avait octroyées à Mme B. par le passé, en contradiction avec ses propres règlements, ne l'obligeaient pas à garantir indéfiniment une couverture illimitée pour les traitements volontaires que la recourante suivrait à l'étranger, que ce soit pour l'assurance obligatoire des soins ou les assurances complémentaires. Une telle manière d'agir irait à l'encontre de l'égalité de traitement. La recourante ne pouvait se prévaloir d'une égalité dans l'illégalité.

Sur demande du juge délégué, Mme B., par courrier du 17 juin 1997, a informé le Tribunal de ce qu'une demande de remboursement de traitements effectués à l'étranger était actuellement pendante auprès d'Universa.

Compte tenu du présent litige, Universa lui avait annoncé qu'elle gardait ce dossier en suspens, dans l'attente de l'arrêt du Tribunal de céans.

Sur demande du juge délégué, Universa a produit les statuts, conditions générales et règlements qui prévalaient à partir de l'année 1993 ainsi que ceux en vigueur durant l'année 1996. Elle a aussi transmis un exemplaire de la convention du transfert du portefeuille d'assurés âgés d'Elvia à Universa, signée par les deux assurances en date du 10 novembre 1992.

Motifs: Entrée en vigueur le 1er janvier 1996, la LAMal distingue, dans le secteur des soins, la protection légale, relevant de l'assurance-maladie sociale, et les protections complémentaires, privatisées. Cela entraîne une séparation du contentieux. Celle-ci demeure même si, comme à Genève, le canton désigne le tribunal cantonal des assurances pour trancher des litiges relatifs aux protections complémentaires, soumises au droit privé, en particulier à la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (RS 221.229.1 - LCA) (Pierre-Yves GREBER in RDAF 1996 T3. 230 231 et réf citées).

En l'espèce, la recourante ne conteste pas la conformité des CG de l'assurance obligatoire des soins d'Universa à la LAMal. En particulier, elle ne prétend pas pouvoir, par le biais de l'assurance obligatoire, bénéficier d'une couverture illimitée couvrant les traitements, am-

bulatoires ou hospitaliers, effectués volontairement à l'étranger. Est litigieuse la question de savoir si Mme B. peut bénéficier des prestations précitées dans le cadre des assurances complémentaires d'Universa.

Aux termes de l'article 12 alinéas 2 et 3 LAMal, les caisses-maladie ont le droit de pratiquer, en plus de l'assurance-maladie sociale au sens de la présente loi, des assurances complémentaires, ces dernières étant régies par la LCA.

Les dispositions des caisses relatives aux prestations pour soins excédant le catalogue selon l'article 34 alinéa 1 (prestations statutaires, assurances complémentaires) doivent être adaptées au nouveau droit dans le délai d'une année dès l'entrée en vigueur de la loi. Les droits et les obligations des assurés sont régis par l'ancien droit tant que l'adaptation n'est pas effectuée (art. 102 al. 2 LAMal).

En l'espèce, Universa a adapté ses conditions d'assurances complémentaires à la LCA dès le 1er janvier 1996.

Selon l'article 34 chiffre 2 du règlement d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 22 novembre 1995 (RALAMal - J 3 05.02), le Tribunal administratif est compétent pour traiter des contestations concernant les assurances complémentaires, telles que définies à l'article 12 alinéa 2 LAMal.

Dès lors, le recours a été interjeté devant l'autorité compétente (art. 8 A let a de la loi sur le Tribunal administratif et le Tribunal des conflits du 29 mai 1970 - LTA - E 5 05; art. 86 LAMal).

La procédure devant le Tribunal administratif est réglée par les articles 89 à 89 lettre h de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), l'article 89A LPA renvoyant aux autres règles de ladite loi, pour autant que les dispositions spéciales applicables aux contestations en matière d'assurances sociales n'y dérogent pas.

Ont qualité pour recourir, non seulement les parties à la procédure qui a abouti à la décision attaquée, mais aussi toute personne qui est touchée directement par une décision et a un intérêt personnel digne de protection à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (art. 60 let. a et b LPA, dont il a été dit que le contenu était identique à celui de l'article 103 lettre a de la loi fédérale d'organisation judiciaire du 16 décembre 1943 (OJ - RS 173.110)).

En général, un intérêt n'est digne de protection que si le recourant a un intérêt actuel et pratique. Cette exigence tend à assurer que le Tribunal statue non pas sur des questions purement théoriques mais sur des questions concrètes (ATF 111 1b 56 consid. 2a, p. 58/59). La fonction du juge n'est en effet pas de faire de la doctrine. Il ne se prononcera donc que sur des recours dont l'admission élimine véritablement un préjudice concret (P. Moor, Droit administratif, vol. II, 1991, ch. 5.6.2.3, pp. 419-421). Le recours administratif et le recours de droit administratif ne sont pas destinés à faire trancher des questions juridiques en dehors d'un cas concret; ni l'administration, ni les tribunaux ne disent le droit dans l'abstrait (ATF 120 1a 166; 100 1b 327; A. GRISEL, Traité de droit administratif, 1984, p. 900).

La juridiction renonce exceptionnellement à l'exigence de l'intérêt actuel et pratique lorsque l'atteinte critiquée pourrait se répéter en tout temps et que l'examen de sa constitutionnalité dans un cas particulier ne pourrait jamais intervenir à temps (ATF 111 1b 56 consid. 2 b et réf. citées). Elle n'examine un recours en dépit de l'absence d'intérêt actuel et pratique que lorsque les questions soulevées pourraient se poser à nouveau en tout temps et dans des circonstances identiques ou analogues au juge (ATF non publié du 25 juin 1997 en la cause R; 111 1b 56 consid. 2b; 111 1b 182 consid. 2c; ATF 107 1b 392 consid. 1; ATA R. du 29 octobre 1996 et qu'en raison de leur importance de principe, il y a un intérêt public suffisant à ce qu'elles soient résolues (ATF 121 I 281 consid. 1 et réf. citées; ATF 111 1b consid. 2b et réf. citées).

L'exigence de l'intérêt actuel et pratique à l'annulation ou à la modification de la décision attaquée est une condition de recevabilité du recours (ATF 111 1b 56 consid. 2a; Blaise KNAPP, Précis de droit administratif, 1991, n° 2014, p. 418).

En l'espèce, la recourante demande au Tribunal "de constater qu'Universa doit lui rembourser l'ensemble de ses frais médicaux, pharmaceutiques et hospitaliers encourus à l'étranger, dans les limites du tarif suisse". En d'autres termes, la recourante souhaite obtenir un arrêt, ayant force obligatoire, lui permettant d'exiger de l'intimée le paiement de tous les frais médicaux qu'elle est susceptible d'encourir à l'étranger; elle recourt donc à titre préventif. En effet, la décision attaquée ne concerne pas un refus de l'intimée de procéder au remboursement de certaines factures litigieuses mais bien son refus d'admettre un droit, pris dans sa généralité, de la recourante au remboursement de tous ses frais médicaux futurs encourus à l'étranger.

Certes, la notion même d'assurance vise à permettre aux assurés de se prémunir contre un risque et de savoir comment agir si un événement dommageable se produit. Toutefois, admettre que chaque assuré puisse, en l'absence de tout litige concret, requérir du Tribunal un arrêt de principe au sujet de sa police d'assurance éluderait totalement l'exigence de l'intérêt actuel en matière d'assurances; le principe selon lequel les tribunaux ne doivent pas dire le droit dans l'abstrait se verrait être bafoué. En outre, une telle façon de procéder conduirait à une grande insécurité juridique puisqu'elle figerait la situation de l'assuré dans l'abstrait, sans nullement tenir compte des particularités relatives à chaque litige susceptible de survenir.

Le fait que l'intimée ait décidé de maintenir en suspens le remboursement de certaines factures de la recourante, afférentes à des frais médicaux encourus à l'étranger, ne peut d'ailleurs, à la lumière des principes jurisprudentiels dégagés par le Tribunal fédéral et rappelés plus hauts, permettre de considérer que l'affaire pose des questions de principe méritant d'être tranchées dans l'abstrait.

Dans ces conditions, le recours doit être déclaré irrecevable faute d'intérêt actuel de la recourante.

Pour le surplus, l'on ne saurait, par le biais de la jurisprudence développée quant à l'intérêt actuel, éluder l'article 12 alinéa 1 LCA au terme duquel la teneur de la police ou des avenants ne concorde pas avec les conventions intervenues, le preneur d'assurance doit en demander la rectification dans les quatre semaines à partir de la réception de l'acte, faute de quoi, la teneur est considérée comme acceptée.

Aux termes de l'article 47 alinéa 3 de la loi fédérale sur la surveillance des institutions d'assurance privées (RS 961.01 - LSA), pour les contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance maladie sociale au sens de la LAMal, les parties ne supportent aucun frais; toutefois, le juge peut mettre à la charge de la partie téméraire tout ou partie de ces frais.

En conséquence, vu la nature du litige, aucun émolument ne sera perçu.

PAR CES MOTIFS
le Tribunal administratif

déclare irrecevable le recours interjeté le 17 avril 1997 par Madame Ch. B. contre la décision d'Universa du 13 mars 1997;

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

dit que le présent arrêt est susceptible dans le délai de 30 jours dès sa notification d'un recours au Tribunal fédéral dans les limites des articles 43 ss et 68 ss de la loi fédérale sur l'organisation judiciaire;

communiqua le présent arrêt à Me F. B., avocat de la recourante, ainsi qu'à Universa et à l'office fédéral des assurances privées.