

Tribunal administratif du canton de Genève, 25 novembre 1997,
B. c. Sanitas

Faits: Monsieur A. B., né en 1944, domicilié 32 C, chemin des B., à V., est assuré auprès de Sanitas, Assurance Maladie (ci-après : la caisse) depuis le 1er janvier 1995. Il bénéficie de l'assurance de base (BASIC), de diverses assurances complémentaires (BASIC 1 et 2) dont une couverture pour des traitements ambulatoires (MEDICAL "PRIVATE") et une assurance complémentaire pour la couverture intégrale des frais en division privée, chambre à deux lits, dans tous les hôpitaux de Suisse, (HOSPITAL "Comfort Plus", variante First).

Depuis le mois de mai 1994, M. B. est suivi par le Dr Ba. à G. pour un problème chronique de la colonne vertébrale.

Sachant qu'aucune solution ne pouvait être proposée à G., le Dr Ba. a adressé son patient à l'Hôpital américain à Paris. Après un bilan extensif pratiqué à Paris en février 1997, il est apparu qu'une intervention neurochirurgicale de la colonne lombaire était envisageable et réalisable à Paris.

En vue de cette intervention, M. B. a pris contact avec la caisse. Au cours d'un entretien téléphonique, il lui a été confirmé que la caisse prendrait en charge l'intervention précitée à concurrence de CHF 1'000.- par jour au maximum.

M. B. a constitué un avocat, lequel a, à son tour, interpellé la caisse. L'opération chirurgicale projetée ne pouvait se faire que dans des conditions optimales, par un spécialiste confirmé et dans un établissement médical spécialisé. Selon l'attestation du Dr Ba. du 24 mars 1997, une telle intervention n'était pas possible à G.. Dans ces conditions, le plafond offert de CHF 1'000.- par jour risquait de ne pas être suffisant.

La caisse a soumis le dossier à sa direction à Zurich.

L'opération projetée a eu lieu le 28 mars 1997 à l'Hôpital américain de Paris, dans lequel M. B. a séjourné du 26 mars au 4 avril 1997.

Les frais relatifs à cette intervention ainsi que ceux engendrés par le bilan préalable se sont élevés à FF 105'866,15.

Par décision du 7 avril 1997, la caisse a accordé à M. B. un forfait journalier de CHF 1'000.- pendant 11 jours. Référence était faite à l'article 3.2 des conditions complémentaires HOSPITAL "Comfort Plus", variante First. La décision précisait en outre, selon les conditions générales d'assurance d'après la LAMal, les prestations étaient accordées à l'étranger uniquement pour les traitements effectués en urgence.

Ladite décision comportait l'indication des voies et délais d'opposition de la LAMal.

En temps utile, M. B. a formé opposition.

Le traitement hospitalier particulier était nécessaire au vu du fait que ni l'examen, ni le traitement n'avaient pu être faits à G. Il avait accompli les démarches préalables qui lui incombaient pour la prise en charge du traitement hospitalier, lequel devait être couvert par son assurance maladie BASIC "Top", y compris BASIC 2.

Le 18 juin 1997, la caisse a rejeté l'opposition. L'article 10 du règlement BASIC 2, édition 1994, prévoyait la prise en charge de prestations à l'étranger à condition que Sanitas ait obtenu avant le séjour une recommandation écrite d'un médecin suisse pour appréciation et accord.

L'édition 1997 des conditions complémentaires ne prévoyait plus du tout ce genre de prise en charge.

M. B. revendiquait des prestations en application des règlements 1994, alors que l'intervention avait eu lieu au printemps 1997 et que les règlements avaient été modifiés depuis lors. Dès lors, en application des dispositions en vigueur en 1997, la caisse ne

pouvait accorder que les prestations prévues, à savoir un montant forfaitaire de CHF 1'000.- par jour d'hospitalisation.

M. B. a saisi le Tribunal administratif fonctionnant comme Tribunal cantonal des assurances – par acte du 9 juillet 1997.

Il n'avait pas connaissance de règlements autres que ceux de 1994.

Il n'avait pas choisi pour des raisons de convenance personnelle de se faire traiter à l'étranger plutôt qu'en Suisse, mais bien parce qu'aucun diagnostic, ni traitement ne s'était avéré efficace à G.

La caisse s'est opposée au recours pour les raisons précédemment invoquées.

Les conditions complémentaires, édition 1997, avaient été envoyées à l'ensemble des assurés avec la nouvelle police, laquelle contenait par ailleurs la référence auxdites conditions en bas de page.

Le tribunal a entendu les parties en audience de comparution personnelle les 2 octobre et 5 novembre 1997.

M. B. a confirmé qu'il avait toujours été content de son assurance; il n'avait donc pas de raison de s'inquiéter et, dans cet ordre d'idées, il ne lisait pas toutes les communications qu'il recevait. Il a admis recevoir le journal "Carrousel" de la part de Sanitas et avoir reçu régulièrement les conditions générales d'assurance.

La caisse a confirmé avoir eu deux entretiens téléphoniques au sujet de l'hospitalisation de M. B. à Paris. Le premier avec M. B. personnellement; à cette occasion, il avait été confirmé à ce dernier que la caisse interviendrait à raison de CHF 1'000.- par jour. En second lieu, la caisse avait eu une conversation téléphonique avec l'avocat de M. B., à la suite de laquelle elle avait soumis le cas à sa direction. Sur la base des documents médicaux produits par M. B., à savoir l'attestation du Dr R. du 19 février 1996 et du Dr Ba. du 24 mars 1997, la direction avait confirmé à l'assuré que la participation de la caisse serait de CHF 1'000.- par jour.

Le Tribunal administratif a interpellé le département fédéral de l'intérieur pour savoir si une liste des prestations prévues aux articles 34 alinéa 2 LAMal et 36 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102) avait été établie.

Par courrier du 11 novembre 1997, l'OFAS a confirmé que, pour l'heure, aucune prestation fournie à l'étranger et ne pouvant l'être en Suisse n'était obligatoirement à la charge des assureurs-maladie au sens de l'article 36 OAMal.

EN DROIT

Motifs: En vertu de l'article 8 A lettre a de la loi sur le Tribunal administratif et le Tribunal des conflits du 29 mai 1970 (LTA - E 5 05), le Tribunal administratif fonctionne en qualité de tribunal cantonal des assurances et connaît comme juridiction cantonale unique des contestations prévues aux articles 30 et 30 bis de la loi sur l'assurance-maladie du 13 juin 1911 (LAMA). Suite à l'entrée en vigueur de la nouvelle loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10), le règlement transitoire d'application de la LAMal du 22 novembre 1995 (J 3 05) a prévu, en son article 34, que le tribunal cantonal des assurances, au sens de l'article 86 LAMal, est constitué par le Tribunal administratif. L'alinéa 2 de cette disposition prévoit que la compétence du Tribunal administratif s'étend également aux contestations ayant trait aux assurances complémentaires (art. 12 al. 2 LAMal).

Le recourant ne conteste plus avoir reçu les moutures successives des différents règlements de couverture d'assurance. Selon la jurisprudence, les modifications importantes des dispositions statutaires et réglementaires des caisses peuvent être communiquées par exemple au moyen du journal de la caisse (RAMA 1990, p. 27; ATA T. du 18 février 1997 et

références citées). En l'espèce, en diffusant les modifications de ses règlements dans son journal interne "Le Carrousel" et en adressant à ses membres les modifications des règlements en même temps que les polices annuelles, ainsi que des lettres d'information y relatives, la caisse n'a pas failli à son devoir d'information.

L'opération discutée ayant eu lieu en 1997, ce sont les règlements en vigueur à cette date qui sont déterminants.

Par arrêt de ce jour, le Tribunal administratif a jugé que la prise en charge du traitement prodigué à M. B. à l'Hôpital américain de Paris ne tombait pas sous le coup de la LAMal.

Reste à examiner la question sous l'angle des assurances complémentaires.

Selon la LAMal, les assurances complémentaires sont régies par le droit privé (art. 12 al. 3 LAMal). Elles se fondent sur des contrats d'assurance, totalement indépendants de l'assurance sociale de base.

L'article 6 des conditions générales de l'assurance complémentaire BASIC 1 et BASIC 2, édition 1997, précise que l'assurance est valable dans le monde entier; en dehors de la Suisse, seulement en cas de maladies aiguës.

L'article 3.2 des conditions complémentaires HOSPITAL "Comfort Plus", variante First, règle le cas de séjours hospitaliers à l'étranger en cas de départ dans un état maladif. Dans cette hypothèse, un forfait de CHF 1'000.- au maximum par jour pour les frais de séjour et de traitement, pendant 180 jours au plus dans une période de 540 jours consécutifs est alloué.

En l'espèce, M. B. s'est rendu volontairement à l'étranger pour y subir un traitement médical. Il ne prétend pas par ailleurs qu'il se serait agi d'un traitement d'urgence.

En accordant au recourant une indemnité forfaitaire de CHF 1'000.- par jour pendant la durée de l'hospitalisation à l'Hôpital américain à Paris, la caisse s'est strictement conformée à ses obligations contractuelles.

Les conditions générales de la caisse concernant les assurances complémentaires étant régies par la liberté contractuelle, elles doivent être reconnues valables pour autant qu'elles ne comportent pas de violation au principe du droit en général, ni des assurances sociales en particulier. En l'occurrence, la LAMal limite elle-même l'application du principe de territorialité aux cas d'urgence. Dès lors, force est de constater que les dispositions réglementaires concernées ne sont pas contraires à la loi.

La caisse ayant rempli les obligations contractuelles qui sont les siennes, le recours ne peut être que rejeté.

En application de l'article 35 du règlement transitoire d'application de la LAMal du 22 novembre 1995 (J 3 05.02) et de l'article 89 G alinéa 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), la procédure est gratuite pour les parties. Aucun émoulement ne sera donc perçu, ni aucune indemnité allouée, la caisse n'en demandant, au demeurant, pas.

PAR CES MOTIFS
le Tribunal administratif
à la forme :

déclare recevable le recours interjeté le 9 juillet 1997 par M. B. contre la décision de Sanitas du 18 juin 1997;

au fond :

le rejette ;

dit qu'il n'est pas perçu d'émoulement, ni alloué d'indemnité;

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 fédéral, 1000 Lausanne 14; le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyen de preuve doivent être joints à l'envoi;

communiqué le présent arrêt à Me Y. P., avocat du recourant, ainsi qu'à Sanitas et à l'Office fédéral des assurances sociales.

Siégeants : Mme Bo., présidente, M. S., Mme B.-H., MM. T., P., juges.

Au nom du Tribunal administratif :

la greffière-juriste :
V. M.

la présidente :
L. Bo.

Copie conforme de cet arrêt a été communiquée aux parties.

Genève, le

p.o. la greffière :

Mme J. R.-I.