

Tribunal administratif du canton de Genève, 10 février 1998,
S. c. FAMA, caisse maladie et accidents,

Faits: Madame G. S. est domiciliée au Grand-Lancy. Selon une attestation d'assurance valable dès le 1er janvier 1996, elle était membre de la caisse-maladie et accidents FAMA (ci-après: la FAMA) dès le 1er janvier 1996. Elle était assurée pour les branches suivantes:

- Standard: assurance obligatoire des soins avec franchise annuelle à option de CHF 600.-;
- Natura (R3): prestations particulières d'un capital annuel de CHF 12'000.- y compris programme "SOS ASSISTANCE";
- Maxi (Y2): assurance complémentaire des frais d'hospitalisation en division privée de tous les établissements publics ou privés sans franchise annuelle.

Le 11 juillet 1996, Mme S. a été admise à l'hôpital de La Tour à Meyrin, pour y subir une intervention chirurgicale faite par le Dr P. M., chirurgien. Le 12 juillet 1996, le Dr M. a pratiqué une duodéno pancréatectomie céphalique pour néoplasie ictérique de la tête du pancréas. Les suites opératoires sont sans particularités et Mme S. a quitté l'hôpital de la Tour le 31 juillet 1996 pour être admise à la Clinique médicale et centre de réadaptation cardio-vasculaire "La Lignière" à G.

Selon le compte rendu d'hospitalisation du Dr M., le séjour à la clinique La L. consistait en une suite de traitement comprenant une réalimentation progressive et quelques contrôles glycémiques itératifs.

Selon une attestation du Dr O. E., interniste spécialisé en allergologie et immunologie clinique, le séjour de l'intéressée à la clinique La Lignière a duré du 31 juillet au 23 août 1996. Au début de son séjour, la patiente avait présenté d'importantes nausées, ainsi que des malaises post-prandiaux. Ceux-ci s'étaient amendés après que les repas eurent été fractionnés et un traitement médicamenteux introduit.

Le 28 août 1996, la clinique La Lignière a établi une facture pour le séjour de Mme S.; elle comportait les postes suivants :

- chambre privée et taxe de soins infirmières pendant 24 jours, au prix total de CHF 500.-- par jour:	CHF	12'000.-
- médicaments pour:	CHF	127.-
- matériel médical pour :	CHF	6.60
- 2 massages pour :	CHF	80.75
- 7 petits enveloppements ou maillot pour un prix total de :	CHF	116.40
- 14 électrothérapies pour un montant total de :	CHF	465.50
- les frais de laboratoire se montaient à :	CHF	684.20
- les honoraires du médecin à :	CHF	840.-
- les honoraires de consultation psychologique à :	CHF	200.-

Le montant total de la facture était de CHF 14.520.45.

Le 26 septembre 1996, la FAMA a informé Mme S. qu'elle ne pouvait pas "prendre ce séjour en considération, pour les raisons que les motifs évoqués pour une hospitalisation à la clinique La L. correspondent aux dispositions de l'article 10 lettre b de nos conditions d'assurance classe X/Y qui exclut toute participation pour un tel cas". La caisse n'acceptait dès lors de ne rembourser que l'équivalent du prix de la journée tout compris à la clinique de Jolimont, soit CHF 143.-- par jour.

Le 30 septembre 1996, le Dr M. a établi un certificat médical attestant que Mme S. avait subi une intervention chirurgicale majeure le 12 juillet 1996 et que son état de santé avait nécessité une suite de traitement à la clinique de la L., avec réalimentation progressive et contrôle des glycémies, pour une durée de 3 semaines.

Le 3 octobre 1996, Mme S. a adressé à la FAMA l'attestation susdécrite et a prié cette caisse de rembourser le séjour à la clinique La L., qui comportait une suite de traitement nécessité par [son] état de santé d'alors.

Le 17 octobre 1996, la FAMA a accusé réception du rapport du Dr M. et a indiqué à son assurée qu'après consultation de son médecin-conseil, il n'y avait pas d'élément nouveau permettant à la caisse de revoir sa position.

Le 18 novembre 1996, le Dr M. a transmis au Dr D. D., médecin-conseil de la FAMA, une copie du rapport médical du Dr E., daté du 26 août 1996.

Le 6 décembre 1996, le conseil de Mme S. a invité la FAMA à verser la somme de CHF 14'520,45 en paiement des frais de séjour à la clinique La L. Le 24 décembre 1996, la FAMA a adressé au conseil de Mme S. un nouvel exemplaire d'une lettre qu'elle avait déjà adressée à cette dernière au mois de novembre, mais, à tort, sur du papier à en-tête de la SUPRA, caisse-maladie.

Selon cette lettre, le médecin-conseil de la FAMA s'était entretenu avec le Dr M. et forte de ces renseignements, la caisse maintenait les termes de sa lettre du 26 septembre 1996 selon laquelle la prise en charge du séjour La Lignière se limiterait au coût de la prise en charge à la clinique de J. ou de M.

Le 8 janvier 1997, le conseil de Mme S. a requis la FAMA de rendre une décision formelle. La FAMA a rendu le 30 janvier 1997 une décision au sens de l'article 80 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10). Selon cette décision, la caisse avait choisi de maintenir en 1996 ses anciennes dispositions statutaires qui étaient donc applicables à l'espèce. La caisse était libre de les fixer comme elle voulait, dans le respect des principes généraux de l'assurance sociale. Elle avait ainsi exclu de l'assurance complémentaire les convalescences et cures de repos. Le séjour de Mme S. à la clinique La L. avait le caractère d'une convalescence. Dès lors la FAMA ne s'engageait à rembourser que l'équivalent du forfait journalier à la clinique de J. ou de M.

Le 7 février 1997, le conseil de Mme S. a fait opposition à la décision précitée.

Le 3 avril 1997, la FAMA a rendu une décision sur opposition selon laquelle elle avait versé à l'opposante une somme de CHF 3'432.- correspondant au forfait journalier des cliniques de J. et de M. mais qu'elle refusait de prendre en charge le reste des frais au motif que l'assurance complémentaire conclue par Mme S. ne couvrait pas les cures de convalescence et de repos.

Le 5 mai 1997, Mme S. a recouru contre la décision de la FAMA et conclu à son annulation, ainsi qu'au paiement de la somme de CHF 14'520.45 plus intérêts à 5 % dès le 1er septembre 1996. Elle a produit un nouveau rapport médical du Dr M., daté du 24 avril 1997, rappelant les traitements et la surveillance faits à La L.

Dans le délai prolongé au 27 août 1997 qui lui avait été accordé, la FAMA a accepté de payer la somme de CHF 7'260.20, sous déduction du montant de CHF 3'432.- déjà versé le 3 octobre 1996, au motif que le séjour de Mme S. à la clinique La L. était motivé en partie par des raisons médicales, un drain avec poche étant encore posé, l'alimentation n'étant

encore que parentérale et des tests concernant les glycémies et le pancréas devant encore être effectués. Elle acceptait donc de payer la moitié de la somme litigieuse.

Le 3 octobre 1997, la demanderesse a déclaré persister dans ses précédentes conclusions et l'intimée en fit de même le 10 novembre 1997.

Motifs: Les parties ne se sont guère exprimées sur le type exact d'action soumise au Tribunal de céans.

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 (RS 832.10). A la suite de l'entrée en vigueur le premier janvier 1996 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 05.02), également applicable dès le premier janvier 1996, dispose, en son article 34, que le tribunal cantonal des assurances, au sens de l'article 86 LAMal, est le Tribunal administratif. L'alinéa 2 de ces dispositions prévoit que la compétence du Tribunal administratif s'étend aussi aux contestations ayant trait aux assurances complémentaires (art. 12 al. 2 LAMal). Selon la doctrine, les lois de procédure ont un effet immédiat (Walther J. Habscheid, Droit judiciaire privé suisse, 2ème éd., Genève 1981, p. 13 in fine): elles s'appliquent donc aux demandes introduites après leur entrée en vigueur, indépendamment de celle des règles matérielles. Par contre, les procédures déjà commencées doivent en règle générale être conduites à leur terme selon les règles formelles en vigueur au moment de leur introduction; ce second principe souffre toutefois de nombreuses exceptions, la loi nouvelle étant supposée meilleure (ATF 115 II 30 consid. 5a p. 40; ATA T. du 25 novembre 1997 et M. du 11 novembre 1997; Walther J. Habscheid, eodem loco, p. 14 in initio).

En l'espèce, le litige issu de la décision prise le 9 janvier 1997 par l'assureur défendeur a trait aux assurances complémentaires. Le tribunal de céans est compétent en application des règles susmentionnées.

La loi fédérale sur la surveillance des assurances du 23 juin 1978 (LSA - RS 961.01) ne contient pas de règle particulière concernant les délais que doivent observer les assurés qui entendent contester une décision prise en matière d'assurance complémentaire à l'assurance-maladie obligatoire, de sorte que la demande est également recevable de ce point de vue (art. 47 al. 2 LSA; ATA M. précité).

En l'espèce, l'assureur expose avoir payé en mains de l'assurée, la somme correspondant à sa participation selon la LAMal, soit CHF 3'432.-, moins CHF 240.- de participation aux frais de séjour hospitalier, sans être contredit par cette dernière. Le conflit qui subsiste n'a dès lors trait qu'aux assurances complémentaires.

L'assureur a refusé la prise en charge du séjour de son assurée à la clinique La L. du 31 juillet au 23 août 1996 au motif que les conditions spéciales de l'assurance complémentaire des frais d'hospitalisation de la caisse, édition 1996 excluent de la couverture, en application de l'article 10 lettre b, les traitements de convalescence et de repos. Les faits litigieux sont certes postérieurs à l'entrée en vigueur de la LAMal, intervenus le 1er janvier 1996. Toutefois, l'assureur ayant fait le choix de profiter du délai prévu à l'article 102 alinéa 2 LAMal pour adapter ses assurances complémentaires au nouveau droit dans un délai venant à échéance le 31 décembre 1996, les prestations d'assurance pour les traitements effectués durant cette période sont allouées d'après l'ancien droit (ATA F. du 15 octobre 1996 et les arrêts cités).

D'une manière générale, la loi entend que les actes médicaux pris en charge par l'assurance-maladie soient économiques, au sens courant du terme, ce qu'exprime l'article 23 LAMal (ATA F. précité et les arrêts cités).

Dans l'esprit de l'article 23 LAMA, les mesures doivent être appropriées à leur but et économiques, ce qui postule une recherche d'adéquation entre le traitement mis en oeuvre et le but poursuivi, selon les enseignements de la science et de l'expérience, ainsi qu'un choix judicieux entre les moyens diagnostiques et thérapeutiques à disposition. Cela est d'ailleurs conforme au principe de déontologie médicale (F. Deschenaux, Le précepte de l'économie du traitement dans l'assurance maladie sociale, en particulier en ce qui concerne les médecins, in: Le droit des assurances sociales en mutation, Mélanges pour le 75ème anniversaire du Tribunal fédéral des assurances, Berne, 1992, p. 535).

Le précepte de l'économie de moyens de l'article 23 LAMA s'applique toujours à un cas concret (ATF 110 V 194 consid. 4; ATA du 31 janvier 1995 précité).

Le seul fait de séjourner dans un établissement hospitalier ne suffit pas à ouvrir droit aux prestations d'hospitalisation. Encore faut-il qu'il y ait une maladie nécessitant un traitement médical en milieu hospitalier ou un séjour à l'hôpital (ATA F. précité et les arrêts cités).

Pour déterminer la nécessité d'une hospitalisation en tant que telle, il ne suffit souvent pas de se fonder sur l'image clinique. L'intensité du traitement médical exigée par la maladie de l'assuré ne constitue pas l'unique critère qui permet de savoir si son état justifie une hospitalisation, notamment lorsqu'un assuré se trouve dans l'impossibilité de recevoir à domicile la surveillance et les soins requis par son état (ATA F. précité).

En l'espèce, il convient donc de déterminer si l'état de santé de l'assurance après son séjour hospitalier dans l'établissement de La Tour justifiait une suite de traitement toujours en milieu hospitalier.

Il ressort des pièces produites par l'assureur lui-même que des traitements médicaux ont été effectués durant ce second séjour. L'assurée était encore porteuse d'un drain et d'une poche et n'était alimentée que de manière parentérale; il y avait encore lieu de faire différents tests.

La nécessité de l'hospitalisation est clairement exposée dans les certificats médicaux établis par le chirurgien. Ceux-ci sont confirmés par le rapport écrit du médecin ayant soigné la demanderesse durant le séjour hospitalier litigieux. Les avis médicaux du médecin-conseil de la caisse, rendus au demeurant sans examen de l'intéressée, ne l'emportent pas en l'espèce sur les explications claires et convaincantes de ses deux confrères.

L'assureur considère que l'hospitalisation n'était justifiée que pour partie. Toutefois, il ne démontre nullement que le séjour aurait pu effectivement être plus court, se contentant d'accepter d'en prendre la moitié à sa charge. Or, il a versé dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins une somme forfaitaire journalière pour la totalité de la durée du séjour hospitalier de son assurée à la clinique La L. Ce faisant, il a bien admis qu'une hospitalisation pour suite de traitement était nécessaire et ne saurait donc limiter les remboursements à la part qui relève de la seule assurance obligatoire alors que la demanderesse avait souscrit une assurance complémentaire lui permettant d'être hospitalisée en division privée de tous les établissements publics ou privés. Au demeurant, la notion médicale de suite de traitement ne dépend pas du statut public ou privé de l'établissement qui accueille le patient (cf. ATA A. du 1er mars 1994).

Il y a donc lieu de faire droit aux conclusions de la demanderesse de ce chef.

Selon la jurisprudence constante, des intérêts moratoires ne sont pas dus en matière d'assurances sociales, sauf disposition légale contraire (ATF 117 V 351; 113 V 50; A. GRISEL, L'apport du Tribunal fédéral des assurances au développement du droit public, in Mélanges A. BERENSTEIN, pp. 451 ss; P. MOOR, Droit administratif, vol. II, p. 44; SPAHR, L'intérêt moratoire, conséquence de la demeure RVJ 1990, pp. 380 ss.). La principale raison réside dans le rôle dévolu à l'administration. Celle-ci se présente comme détentrice de la puissance publique chargée d'instruire, parfois longuement, les demandes de prestations émanant des particuliers et de leur appliquer le droit de manière objective. Lui imposer systématiquement des intérêts moratoires reviendrait à la pénaliser pour avoir accompli son

devoir avec soin. Quant à l'assuré, la règle de l'égalité des parties commande de le dispenser lui aussi du paiement d'intérêts de retard lorsqu'il a défendu ce qu'il estimait être son droit (ATF 108 V 19; 101 V 118). Des exceptions à cette règle se justifient toutefois en présence d'actes ou d'omissions illicites de l'administration (RCC 1990 p. 45; ATFA 1968, p. 21). Une autre exception est admise dans le cadre de l'article 24 LAA (versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 113 V 48; 119 V 131)

En l'espèce, l'assureur a requis à plusieurs reprises des renseignements complémentaires des médecins traitants de l'assurée et a soumis à plusieurs reprises également le cas à son médecin-conseil; ces mesures d'instruction étaient nécessaires. Il n'y a donc pas lieu de le condamner au versement d'intérêts.

La demande est ainsi partiellement admise;

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 émolument ne sera donc perçu.

Par contre, l'assurée qui obtient partiellement gain de cause se verra allouer une indemnité de CHF 1'000.- à la charge de l'assureur.

PAR CES MOTIFS
le Tribunal administratif
à la forme :

déclare recevable la demande déposée le 5 mai 1997 par Madame G. S. contre la décision de la FAMA, caisse-maladie et accidents du 3 avril 1997;

au fond :

l'admet partiellement;

condamne la défenderesse au paiement de CHF 14'520.45, sous déduction d'un montant de CHF 3'432.- comprenant la somme déjà versée le 3 octobre 1996 et la participation de l'assurée au sens de la LAMal;

alloue à la demanderesse à charge de la défenderesse une indemnité de procédure de CHF 1'000.-;

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, 1000 Lausanne 14, dans les 30 jours dès sa notification.

communiqua le présent arrêt en copie, à Me D. P., avocat de la demanderesse, ainsi qu'à la FAMA, caisse-maladie et accidents et à l'Office fédéral des assurances privées.