

Tribunal administratif du canton de Genève, 3 novembre 1998,
D. c. Swica, Organisation de Santé

Faits: Madame V. D. est domiciliée à C., dans le canton de Genève. Elle était assurée auprès de l'association Swica, organisation de santé (ci-après: la Swica) pour l'assurance de base au sens de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10) et pour des assurances complémentaires au sens de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA - RS 221.229.1) jusqu'au 31 décembre 1997.

Selon l'article 11 du règlement d'assurances complémentaires "HOSPITA" (édition 1996), la Swica prend en charge après un accouchement, dans le cas de l'assurance de la mère, les frais de séjour et de traitement de l'enfant, dans la mesure où l'enfant est assuré auprès de la Swica et qu'il séjourne à l'hôpital avec sa mère.

Le 7 juin 1997, elle a donné naissance à l'enfant L. D., assurée au sens de la LAMal auprès de l'association Concordia, assurance suisse de maladie et accidents (ci-après: la Concordia); l'enfant a reçu notamment des soins de la Dresse N. H., spécialiste FMH en pédiatrie, les 7 et 15 juin 1997, décrits comme "assistance césarienne urgente" et "visite avec déplacement". Le montant total des honoraires de cette praticienne s'élevait à CHF 800.-.

Le 3 février 1998, la Concordia a renvoyé la facture de la Dresse H. aux parents de l'enfant, l'assureur de la mère devant prendre en charge les traitements pendant le séjour en clinique.

Le 23 février 1998, la Swica a réclamé à Mme D. le remboursement de CHF 1'859.85: au mois de septembre 1997, elle avait payé aux parents de l'enfant L. D. notamment les frais de séjour à la clinique des G. pour un montant total de CHF 1'931.85 alors que l'obligation de l'assureur ne portant que sur le montant journalier de CHF 9.-.

Par une lettre du 7 avril 1998, Mme D. a fait "opposition" au pli de la Concordia.

Le 9 juin 1998, Mme D. s'est adressée par écrit au Tribunal administratif pour se plaindre de l'attitude de la Swica (pour elle-même) et de Concordia (pour sa fille). Aucune de ces deux caisses ne voulait prendre en charge les frais "de sa fille suite à l'accouchement". Elle priait le tribunal de lui indiquer quels étaient ses droits.

Le 29 juin 1998, la Concordia a informé le tribunal de céans qu'elle n'avait jamais rendu de décision formelle ou de décision sur opposition dans cette cause. L'assureur demandait dès lors au tribunal de renvoyer les dossiers à l'assurée.

Le 15 juillet 1998, la Swica a répondu à Mme D.; l'assureur a exposé que l'intéressé avait été affiliée à la caisse du 1er avril 1974 au 31 décembre 1997, date à laquelle l'assurée était sortie de la caisse. L'assureur ne devrait des prestations pour frais de séjour et de traitement au nouveau-né que si celui-ci est assuré également, comme la mère. Mme D. était bien affiliée auprès de la Swica, mais pas son enfant. Elle n'avait donc pas droit à des prestations au titre de l'assurance complémentaire précitée.

L'assureur conclut encore à la condamnation de Mme D. à la restitution d'une somme de CHF 1'859.85.

Le 20 octobre 1998, le Tribunal administratif a déclaré irrecevable le recours de Mme D. contre la Concordia et a renvoyé le dossier à cette dernière pour qu'elle rende à bref délai une décision formelle, susceptible d'opposition.

Motifs: Le Tribunal administratif fonctionne en qualité de Tribunal cantonal des assurances et connaît comme juridiction cantonale unique des litiges ayant trait à l'assurance-maladie de base et aux assurances complémentaires au sens de l'article 12 alinéa 2 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10; art. 37 al. 2 de la loi

cantonale d'application de la loi fédérale sur l'assurance maladie du 29 mai 1997 - J 3 05 et art. 8 A let. a in fine de la loi sur le Tribunal administratif et le Tribunal des conflits du 29 mai 1970; LTA - E 5 05).

La loi fédérale sur la surveillance des assurances du 23 juin 1978 (LSA - RS 961.01) ne contient pas de règles particulières concernant les délais que doivent observer les assurés qui entendent contester une décision prise en matière d'assurance complémentaire, la notion de décision n'ayant de surcroît pas le même sens qu'en l'assurance maladie obligatoire, de sorte que la demande est également recevable de ce point de vue (art. 47 al. 2 LSA; ATA S. du 10 février 1998 et M. du 11 novembre 1997). À teneur de l'article 46 alinéa premier LCA, les créances découlant du contrat d'assurance se prescrivent par deux ans.

La demande principale n'étant pas soumise à un autre délai (cf. not. ATA B. H. du 9 décembre 1997), les conclusions reconventionnelles de l'assureur sont également recevables, si elles ont été formées dans ce délai de deux ans.

Vu l'issue du litige, la question de savoir si la demanderesse a pris des conclusions recevables au regard de l'article 65 alinéa premier LPA peut demeurer indéterminée.

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 des dispositions statutaires ou réglementaires dans les branches d'assurances complémentaires (ATA B. H. précité).

En l'espèce, l'assureur a prévu de ne verser des prestations au titre des assurances complémentaires dans le cas des soins donnés en maternité au nouveau-né que si celui-ci, comme sa mère, est assuré auprès du défendeur (art. 11 des conditions spéciales pour l'assurance complémentaire d'hospitalisation "HOSPITA", édition 1996). Une telle réglementation n'est pas contraire au droit. C'est donc à tort que la demanderesse réclame du défendeur le paiement des frais de séjour de son enfant lors de la naissance de ce dernier.

La demande sera rejetée et la demande reconventionnelle de l'assureur sera admise pour le montant de CHF 1'859.85; ce dernier n'ayant pas pris de conclusion en paiement d'un intérêt, la question n'a pas à être résolue.

En application de l'article 89G alinéa premier LPA, par renvoi de l'article 38 de la loi cantonale d'application de la loi fédérale sur l'assurance maladie, la procédure est gratuite pour les parties. La défenderesse bien qu'elle obtienne gain de cause, n'a pas droit à une indemnité.

PAR CES MOTIFS
le Tribunal administratif

rejette les conclusions de la demanderesse en tant qu'elles sont recevables;
admet les conclusions reconventionnelles de la défenderesse;
condamne la demanderesse au paiement de CHF 1'859,85 à la défenderesse;
dit qu'il n'est pas perçu d'émolument, 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 doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il est adressé en trois exemplaires au moins 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;

communiquera le présent arrêt à Madame V. D., à l'association Swica, organisation de santé, ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances privées.

Siégeants : M. Sch., président, M. Th., Mmes B. et B.-H., M. P., juges.