

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

ARRÊT

DU

TRIBUNAL ADMINISTRATIF

du 26 août 2003

dans la cause

Madame X

représentée par Me Pierre Gabus, avocat

contre

Y CAISSE-MALADIE

EN FAIT

1. Madame X, domiciliée à Genève, est assurée pour l'assurance obligatoire des soins auprès d'O assurances (ci-après : O), et pour deux assurances complémentaires auprès de Y Caisse-maladie (ci-après : Y), de siège à Lausanne. Ces deux assurances complémentaires comportent des prestations particulières (N) et des frais d'hospitalisation en division privée (M).

2. Le 22 janvier 2002, Y a reçu une demande de garantie pour une hospitalisation de X le 5 février 2002, à la Clinique Générale-Beaulieu, pour une affection ophtalmique, selon un forfait journalier de CHF 856.-.

3. L'intervention devant être pratiquée par le Docteur G, spécialiste FMH en chirurgie plastique reconstructive et esthétique, Y a requis de ce praticien des renseignements complémentaires par courrier du 28 janvier 2002. Elle lui a en particulier demandé de préciser le diagnostic, la nature du traitement et la durée prévisible du séjour.

Le même jour, Y a informé la Clinique Générale-Beaulieu qu'elle ne pouvait pas, en l'état, fournir la garantie sollicitée, puisqu'elle était dans l'attente des renseignements complémentaires qu'elle avait requis.

4. Le 5 février 2002, Mme X a été opérée à la Clinique Générale-Beaulieu par le Dr G assisté du Dr I, anesthésiste. Les frais médicaux de cette intervention se sont élevés à CHF 5'114.50, auxquels s'ajoutaient les frais découlant du séjour hospitalier à hauteur de CHF 3'657.-.

5. Le Dr G a fourni les renseignements requis par Y le 26 février 2002 :

"Le diagnostic posé était celui de ptose palpébrale bilatérale, plus importante à droite. Le traitement avait consisté en un raccourcissement/résection des muscles releveurs. La durée du séjour était prévue du 5 au 6 février 2002".

6. Le 8 mars 2002, Y a informé la Clinique Générale-Beaulieu qu'elle ne prenait pas le cas en charge.

L'opération pratiquée ne revêtait pas un caractère obligatoire au sens des dispositions légales et contractuelles en vigueur, dès lors que l'article 21

lettre f de ses conditions générales d'assurances complémentaires excluait les opérations de nature esthétique.

7. À la demande d'Intras, la Doctoresse M a expliqué, le 8 avril 2002, que Mme X "souffrait de ptose palpébrale plus prononcée à droite qui avait nécessité une intervention chirurgicale, pas pour des raisons esthétiques mais médicales".
8. Le 25 avril 2002, le médecin-conseil de Y a écrit à M. X, représentant son épouse. Le refus de Y de prendre en charge l'intervention effectuée par le Dr G résultait du fait que, selon la jurisprudence, les caisses-maladie avaient pour obligation de ne prendre en charge que "les seules altérations de paupières entraînant une irritation chronique de la cornée, démontrée. En revanche, aucune limitation du champ visuel n'était retenue pour justifier une prise en charge de ce genre de traitement par les caisses-maladie et la ptose palpébrale, aussi désagréable soit-elle, doit être considérée avant tout comme une affection touchant au confort de vie, mais n'ayant pas valeur de maladie".
9. Le 10 juin 2002, O a payé les jours d'hospitalisation selon le forfait prévu par l'assurance de base totalisant CHF 760.-. La somme litigieuse s'élève ainsi à CHF 8'011.50.
10. Le 28 juin 2002, le conseil de Mme X a communiqué à Y l'avis médical de la Dresse M, l'invitant à reconsidérer sa position.
11. Par courrier du 15 juillet 2002, le Dr G a transmis au Docteur R, médecin-conseil de Y, une photo préopératoire de face.
12. Le conseil de Mme X a interpellé Y le 30 juillet 2002, en relevant la contradiction existant entre le fait que l'assurance de base admettait que l'intervention pratiquée ne relevait pas de la chirurgie esthétique alors que l'assurance complémentaire retenait que tel était le cas.
13. Par décision du 7 août 2002, Y a réitéré son refus de prise en charge, estimant ne pas être liée par l'appréciation qu'avait faite Intras de la nature de l'affection de Mme X.
14. Par acte déposé au greffe le 10 octobre 2002, Mme X a introduit une demande contre Y, en concluant à la condamnation de celle-ci au versement de

- 4 -

CHF 8'011.50 avec intérêts à 5 % dès le 1er mai 2002 (date moyenne), cette somme lui étant due puisque l'intervention qu'elle avait subie n'était pas de nature esthétique.

15. Le 16 décembre 2002, Y a conclu au rejet de la demande:

Le raccourcissement et la résection des muscles releveurs de la paupière droite était une mesure visant à corriger ou modifier une partie disgracieuse et bien visible du corps, et, partant, relevait de la chirurgie esthétique. En outre, la nécessité de l'intervention n'avait pas été établie.

16. Le juge-délégué a requis le Dr G de bien vouloir produire le diapositif qu'il avait adressé à Y. Le juge-délégué a fait tirer une copie sur papier de la photo de Mme X prise avant l'intervention. Cette photo figure au dossier.

17. Le 31 janvier 2003, O a confirmé qu'elle avait pris en charge cette intervention dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins sur la base des rapports médicaux des Drs G et M adressés à son médecin-conseil, le Docteur P

18. Sur quoi, le juge délégué a prié Y, le 4 mars 2003, de lui adresser sa décision du 23 mai 2002 à laquelle il était fait référence dans son courrier du 7 août 2002. Il l'a priée également de lui indiquer quels étaient les renseignements médicaux qu'elle avait obtenus des Drs G et M. Il a de plus écrit à cette dernière pour lui demander si elle avait fait des constatations quant à l'éventuel rétrécissement du champ visuel de l'assurée.

19. Par courrier du 14 mars 2003, la Dresse M a répondu qu'elle n'avait pas fait de champ visuel à Mme X. L'intervention était cependant justifiée par une fatigue oculaire et une lourdeur des paupières.

20. Le 22 mai 2003, le juge délégué a procédé à l'audition de Mme X d'une part ainsi qu'à celle des Drs G et M

La demanderesse a exposé en particulier que l'affection dont elle souffrait, soit une ptose palpébrale bilatérale plus importante à droite, était venue progressivement trois ou quatre ans avant l'opération. Sa grand-mère et son père avaient souffert de la même affection. Elle était alors allée consulter la Doctoresse M qui l'avait adressée au Dr G. Du fait que sa paupière à droite surtout, tombait, Mme X avait de la peine à voir sur le côté ce qui lui posait des problèmes lors de la conduite d'un véhicule. Cela lui

occasionnait également des maux de tête puisqu'elle devait travailler sur ordinateur la majeure partie de son temps lors de son activité professionnelle étant précisé qu'elle travaillait à 90% dans une société de marketing. Enfin, en fin de journée, ses yeux étaient si fatigués qu'elle ne pouvait plus lire le soir. Si elle n'avait pas été opérée, elle ne pourrait vraisemblablement plus travailler. Sur la diapositive produite par le Dr G , on pouvait voir l'état des paupières de la demanderesse avant l'opération. Celle-ci a exposé que sur la photo, elle levait les paupières au maximum raison pour laquelle son front était en surélévation; lorsque ce n'était pas le cas, son oeil droit était presque fermé.

21. Le Dr G a expliqué qu'il avait procédé à la réfection des muscles releveurs des paupières de Mme X et qu'il ne s'agissait nullement d'une opération esthétique. Il ne s'agissait pas d'enlever un excès de peau sur la paupière, ce qui pourrait être considéré comme une opération esthétique. Dans un tel cas, le diagnostic était celui de blépharochalasis. En revanche, en l'espèce il s'agissait de raccourcir les muscles releveurs des paupières qui s'allongeaient avec le temps ou se désinséraient, raison pour laquelle la paupière ne pouvait pas se relever complètement, diminuant ainsi le champ visuel.

Au cours de sa pratique, il n'avait jamais vu d'assureurs refuser une prise en charge d'une ptose unilatérale ou bilatérale.

En l'espèce, Mme X avait été opérée des deux yeux. Il avait donc été nécessaire d'hospitaliser la patiente pendant une nuit, soit du 5 au 6 février 2002 pour s'assurer que l'opération avait été faite correctement car il était délicat de régler la bonne hauteur des paupières lors de l'intervention. Si l'on tirait trop sur les muscles releveurs, la paupière risquait de ne pas protéger suffisamment l'oeil. Il fallait donc garder la patiente sous surveillance pendant le délai précité.

Le Dr G n'avait pas été surpris par la position du Dr R , médecin-conseil de la Y , avec lequel il avait déjà eu des différends. Enfin, le Dr Rochat n'était ni ophtalmologue ni plasticien.

22. Quant à la Dresse M , elle a indiqué qu'elle avait adressé sa patiente au Dr G , la ptose bilatérale dont Mme X souffrait en juin 2000 s'étant encore aggravée en août 2001. La Dresse M n'avait pas eu connaissance du fait que Mme X avait été opérée au début février 2002, sinon elle aurait procédé à l'examen du champ visuel dans l'intervalle. Selon la Dresse M , ophtalmologue, si la paupière couvre le limbe corné

scléral plus de 1 à 2 mm, cela crée une gêne pour la vie courante (marche, conduite, travail à l'ordinateur etc.). Dans le cas de Mme X , la paupière droite tombait presque de 3 mm en août 2001 et cet état se serait certainement aggravé sans l'intervention. Il s'agissait d'une faiblesse musculaire dont les causes pouvaient être variées.

Après avoir pris connaissance de la position du Dr R , la Dresse M a indiqué que ce dernier ne comprenait manifestement pas ce qu'était une ptose puisque cette affection n'entraînait pas d'irritation de la cornée, l'oeil étant fermé et protégé.

Selon son expérience professionnelle, la prise en charge d'une intervention de cette affection dépendait de l'assurance et du médecin-conseil de celle-ci. En 26 ans, c'était la première fois qu'elle était convoquée au tribunal, et qui plus est pour une telle affection.

23. Y n'ayant pu assister à cette audience, le procès-verbal des auditions précitées lui a été adressé. Elle a été invitée à le soumettre au Dr R et à se déterminer.

Dans une attestation du 3 juin 2003, le Dr R a relevé que l'opération de la ptose telle que décrite par le Dr G ne devait pas être une charge pour l'assurance maladie obligatoire car, à un certain âge, il serait légitime de se faire opérer des paupières.

Sans le dire de manière explicite, il apparaissait de cette note que le Dr R maintenait qu'à son avis il s'agissait d'une opération de chirurgie esthétique.

Enfin, le Dr R a indiqué qu'en raison des incompréhensions qu'il avait déjà rencontrées avec le Dr G , il était surprenant que ce dernier n'ait pas prié la Dresse M d'effectuer une photo ou un périmètre optique.

Se fondant sur cette nouvelle attestation, Y a maintenu son refus de prise en charge.

24. Cette détermination et l'avis du Dr R ont été transmis au conseil de la demanderesse qui a pour sa part, persisté, le 27 juin 2003 dans ses conclusions, l'avis du Dr R n'apportant aucun élément pour la solution du litige.
25. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. a. Le Tribunal administratif fonctionnant en qualité de Tribunal cantonal des assurances au sens de l'article 86 de la fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10) est compétent pour connaître des contestations ayant trait aux assurances complémentaires (art. 12 al. 2 LAMal et art. 37 al. 2 de la loi d'application de la LAMal du 29 mai 1997 - J 3 05). L'assuré doit saisir directement l'autorité judiciaire, par la voie d'une action qui doit être intentée dans les deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation qui dérive du contrat d'assurance (art. 46 al. 1, 1ère phrase de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 - LCA - RS 221.229.1), ce délai pouvant être interrompu selon les règles générales du droit privé. Le juge établit d'office les faits et apprécie librement les preuves (art. 47 al. 2 in fine de la loi fédérale sur la surveillance des institutions d'assurance privées du 23 juin 1978 - LSA - RS 961.01).

b. En l'espèce, interjetée devant la juridiction compétente dans le délai précité, la demande est recevable.

2. La demanderesse prétend que l'intervention subie n'était pas de nature esthétique. Partant, l'assurance complémentaire devrait prendre en charge les frais y relatifs, ce d'autant plus que l'assurance de base avait accepté ceux lui incombant.

3. Les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale sont régies par la loi sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 - LCA - RS 221.229.1 (art. 12 al. 2 et 3 LAMal) et par les conditions générales des assurances complémentaires de l'assurance maladie et accidents de la défenderesse (ci-après : CGA).

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 (art. 33 LCA). Selon l'article 3 lettre c CGA, est une maladie toute atteinte à la santé physique ou mentale qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail. Sont exclus de l'assurance les traitements esthétiques et les frais relatifs à des maladies consécutives à un traitement esthétique (art. 21 lit. f CGA).

4. La demanderesse a exposé que cette ptose bilatérale plus prononcée à droite s'était installée progressivement dans les deux à trois ans précédant l'intervention. De

plus, il semble bien s'agir d'une affection congénitale puisque la grand-mère et le père de la demanderesse ont connu les mêmes problèmes.

5. Reste à déterminer s'il s'agit d'une maladie. Selon le dictionnaire des termes de médecine, (Garnier/Delamarre, 25ème édition, 1998 Paris), la ptose est une chute de la paupière supérieure.

Le Dr G a toutefois parfaitement exposé la différence existant entre cette affection et la blépharochalasis qui elle résulte d'un excès de peau et dont l'ablation constitue une opération de chirurgie esthétique.

Le Dr R, qui n'est ni plasticien, ni ophtalmologue et qui n'a pas examiné la demanderesse, ne se prononce absolument pas sur la distinction entre ces deux interventions.

6. La position du Dr G est étayée par celle de la Dresse M, laquelle a constaté en août 2001 que la paupière couvrait le limbe de presque 3 mm en raison de la faiblesse musculaire décrite ci-dessus et que cette ptosé était bel et bien une maladie et ne pouvait en aucun cas entraîner une irritation de la cornée contrairement aux allégations du Dr R. La cause est ainsi en état d'être jugée sans qu'il soit nécessaire d'ordonner une expertise.

7. Au vu de l'audition de ces deux praticiens, le Tribunal admettra, comme l'assureur de base l'a fait, qu'il s'agit d'une maladie et que l'intervention du Dr G était justifiée.

Aussi, il appartiendra à Y de prendre en charge la somme qui demeure litigieuse à savoir CHF 8'011,50 et de respecter ses conditions générales en particulier l'article 3 lettre c précité.

Enfin, le Dr G a justifié également le fait que la demanderesse ait dû séjourner une nuit à la Clinique générale Beaulieu car l'intervention avait porté sur les deux yeux et une surveillance était nécessaire.

8. Partant, la demande sera admise.

9. Vu la nature et l'issue du litige, aucun émolument ne sera perçu (art. 89G LPA). Les frais de procédure constitués par des taxes pour témoins à hauteur de CHF 300.- seront mis à la charge de l'Etat.

10. Une indemnité de procédure de CHF 1'500.- sera allouée à la demanderesse, à charge de Y caisse-maladie.

- 9 -

Enfin, l'intérêt moratoire à 5 % dès le 1er mai 2002, date moyenne sera alloué à la demanderesse, les relations contractuelles entre les parties étant régies par le droit privé.

Dans le régime de la LCA, le paiement d'un intérêt moratoire pour une créance devenue exigible selon la règle de l'article 41 alinéa 1 LCA, est subordonné à la mise en demeure du débiteur selon l'article 102 alinéa 1 du Code des obligations (ATF 88 II 111 consid. 7 p. 115; 82 II 460 consid. 2 pp. 465-466). Il est donc nécessaire que le débiteur ait été interpellé (B. CARRON, La loi fédérale sur le contrat d'assurance, Fribourg 1997, p. 114, n° 335 et 336), cet acte n'étant soumis à aucune forme spéciale et pouvant intervenir par exemple sous forme d'une lettre invitant le débiteur à exécuter sa prestation. Il faut et il suffit que le créancier ait exprimé de manière claire et précise sa volonté d'obtenir l'exécution de la prestation promise (P. ENGEL, Traité des obligations en droit suisse, Berne 1997, p. 686). L'intérêt moratoire est à 5% l'an, à moins qu'un taux plus élevé n'ait été convenu (art. 104 al. 1 et 2 CO).

PAR CES MOTIFS  
le Tribunal administratif  
à la forme :

déclare recevable la demande  
déposée le 10 octobre 2002 par Madame X  
contre la Y Caisse-maladie;

au fond :

l'admet;

condamne la défenderesse à payer à  
Madame X la somme de CHF 8'011,50 avec  
intérêts à 5 % dès le 1er mai 2002;

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

met à la charge de l'Etat les frais  
de procédure à raison de CHF 300.--.

alloue à la demanderesse, à charge  
de Y caisse-maladie, une indemnité de procédure de CHF  
1'500.--;

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 43ss et  
68ss de la loi fédérale sur l'organisation judiciaire du  
16 décembre 1943 (RS 173.110), le présent recours peut

- 10 -

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 administratif, 3, rue des Chaudronniers, 1204 Genève; 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 Pierre Gabus, avocat de la demanderesse, ainsi qu'à la Y Caisse-maladie défenderesse et à l'Office fédéral des assurances privées.

Siégeants : M. Paychère, président, MM. Thélin, Schucani, Mmes Bonnefemme-Hurni, Bovy, juges.

Au nom du Tribunal administratif :

la greffière-juriste :

le vice-président

*C. Del Gaudio*  
C. Del Gaudio-Siegrist

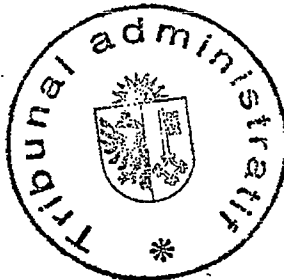
*F. Paychère*  
F. Paychère

Copie conforme de cet arrêt a été communiquée aux parties.

Genève, le - 8 SEP. 2003

la greffière :

Mme N. Mega



*[Handwritten signature]*