

# BGer 4A 577/2023 vom 22. November 2024

Bundesgericht, 2024-11-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger\\_4A\\_577\\_2023](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_4A_577_2023)

FR: TF 4A 577/2023 du 22 novembre 2024

IT: TF 4A 577/2023 del 22 novembre 2024

## Regeste

compétence ratione materiae (art. 7 CPC), | Droit des contrats

## Erwägungen

### E. 1

La Caisse-maladie demanderesse a ouvert action en paiement contre la défenderesse devant le tribunal civil ordinaire, soit le Tribunal civil de première instance du canton de Genève. La défenderesse considère qu'au contraire, la prétention de la demanderesse est de la compétence du tribunal spécial institué, dans le canton de Genève, pour les litiges portant sur les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale, soit la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice du canton de Genève, en tant qu'instance cantonale unique. Dès lors que, sur la base des allégations de la demanderesse, conformément à la théorie des faits doublement pertinents, la question à résoudre est de savoir si la prétention de la demanderesse relève de la juridiction civile ordinaire ou non ( ATF 122 III 101 consid. 1; arrêt 4A\_570/2021 du 27 septembre 2022 consid. 4.1), le recours en matière civile ( art. 72 al. 1 LTF ) est recevable puisque l'arrêt attaqué a été rendu sur appel par le tribunal supérieur du canton de Genève ( art. 75 LTF ) et que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. ( art. 74 al. 1 let. b LTF ).

### E. 2.1

Le Tribunal fédéral statue sur la base des faits établis par l'autorité précédente ( art. 105 al. 1 LTF ). Il ne peut s'en écarter que si ces faits ont été établis de façon manifestement inexacte - ce qui correspond à la notion d'arbitraire au sens de l' art. 9 Cst. ( ATF 140 III 115 consid. 2; 137 I 58 consid. 4.1.2; 137 II 353 consid. 5.1) - ou en violation du droit au sens de l' art. 95 LTF ( art. 105 al. 2 LTF ), et si la correction du vice est susceptible d'influer sur le sort de la cause ( art. 97 al. 1 LTF ).

### E. 2.2

Le recours peut être formé pour violation du droit fédéral ( art. 95 let. a LTF ). Le Tribunal fédéral applique le droit d'office ( art. 106 al. 1 LTF ). Eu égard, toutefois, à l'exigence de motivation qu'impose l' art. 42 al. 2 LTF , sous peine d'irrecevabilité ( art. 108 al. 1 let. b LTF ), il n'examine que les griefs invoqués, sauf en cas d'erreurs juridiques manifestes ( ATF 140 III 115 consid. 2). Le recourant doit discuter les motifs de la décision entreprise et indiquer précisément en quoi il estime que l'autorité précédente a méconnu le droit ( ATF 140 III 86 consid. 2).

### E. 3

La cour cantonale a retenu que le tribunal civil ordinaire n'était pas compétent, la cause relevant des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de l' art. 7

CPC et, partant, de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice du canton de Genève, en tant qu'instance cantonale unique. La Caisse-maladie recourante le conteste, invoquant la violation de l' art. 7 CPC .

### **E. 3.1**

En vertu de l' art. 7 CPC , les cantons peuvent instituer un tribunal qui statue en tant qu'instance cantonale unique sur les litiges portant sur les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale selon la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10).

#### **E. 3.1.1**

Le canton de Genève a fait usage de cette possibilité en prévoyant, à l' art. 134 al. 1 let . c de la loi genevoise du 26 septembre 2010 sur l'organisation judiciaire (LOJ/GE; RS/GE E 2 05), que la Chambre des assurances sociales connaît en instance cantonale unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie obligatoire. L' art. 7 CPC a été introduit sur proposition des Chambres fédérales pour permettre aux cantons de déroger au double degré de juridiction qu'impose l' art. 75 LTF (cf. art. 75 al. 2 let. a LTF ) et de conserver l'instance cantonale unique à laquelle ils étaient habitués et à laquelle étaient soumis les litiges relatifs tant à l'assurance-maladie sociale elle-même que ceux relatifs aux assurances complémentaires à celle-ci. Comme les litiges en matière d'assurance-maladie sociale ne sont, de par la loi, pas soumis à l'exigence d'un double degré de juridiction, les cantons devaient pouvoir prévoir qu'un tribunal unique puisse examiner également les litiges relatifs à l'assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale. Cela devait aussi permettre au même tribunal de statuer sur ces deux types d'assurances (BO 2007 CE 500-501; ATF 150 III 204 consid. 4.1). Le tribunal unique appliquera la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) à la partie assurance-maladie sociale et la LCA à la partie assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale ( ATF 150 III 204 consid. 4.1).

#### **E. 3.1.2**

La notion de litige portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale de l' art. 7 CPC correspond à celle figurant à l' art. 243 al. 2 let . f CPC, pour laquelle le CPC prévoit la procédure simplifiée. Il s'agit d'une notion régie par le CPC, et non par le droit cantonal. Dès lors qu'un canton a choisi d'instituer un tribunal statuant en instance cantonale unique, tous les litiges relevant de cette notion lui sont soumis ( ATF 150 III 204 consid. 4.1; 141 III 479 consid. 2.1).

#### **E. 3.1.3**

La délimitation des compétences entre le tribunal civil ordinaire et le tribunal spécial statuant en instance unique est ainsi fonction de la nature de l'action introduite. L'action en paiement de prestations de l'assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale relève de l' art. 243 al. 2 let . f CPC et est de la compétence du tribunal cantonal statuant en instance unique au sens de l' art. 7 CPC . L'action en remboursement de l'indu ou du trop-payé au titre de ces prestations relève de la même notion (cf. à propos de l' art. 243 al. 2 let . c CPC, ATF 146 III 63 consid. 4, 142 III 690 consid. 3.1, 142 III 402 consid. 2). Sauf régime légal spécial (cf. arrêt 4A\_556/2016 du 19 septembre 2017 consid. 3), lorsque la nature de l'action détermine la juridiction compétente, celle-ci est également compétente pour résoudre les questions préjudicielles de droit privé, voire de droit public qui se posent, à moins que la juridiction normalement compétente ne se soit déjà prononcée à cet égard (

ATF 137 III 8 consid. 3.3 s.; 131 II 546 consid. 2.3).

### **E. 3.2**

Selon l'arrêt attaqué, la Caisse-maladie a payé les coûts non couverts par l'AOS pour les patients hospitalisés au sein de B.\_\_\_\_\_ qui bénéficiaient d'une couverture d'assurance-maladie complémentaire auprès d'elle. Elle a également payé la part cantonale de 55 % si les limitations fixées par le mandat de prestations liant B.\_\_\_\_\_ au canton étaient atteintes. En revanche, la Caisse-maladie n'a rien payé pour les patients hospitalisés qui ne bénéficiaient pas d'une telle couverture. La cour cantonale en a déduit que les montants versés par la Caisse-maladie l'avaient donc été sur la base des contrats d'assurance-maladie complémentaire des assurés, pour le compte de ces derniers, selon le système du tiers payant. La cour cantonale a écarté la thèse de la Caisse-maladie selon laquelle les versements auraient eu pour fondement la planification hospitalière genevoise: celle-ci a uniquement pour but de déterminer les besoins en soins des habitants et ne génère aucune obligation de paiement à la charge d'une assurance-maladie complémentaire; le mandat de prestations était d'ailleurs passé entre le canton et B.\_\_\_\_\_, et non la Caisse-maladie. La cour cantonale a également exclu que les versements aient été faits sur la base des conventions d'hospitalisation liant la Caisse-maladie et B.\_\_\_\_\_, puisque celles-ci avaient uniquement pour vocation de préciser les modalités de paiement, B.\_\_\_\_\_ ne pouvant prétendre à aucun versement sur la base de ces conventions en l'absence de contrat d'assurance-maladie complémentaire conclu par l'assuré. Exposant que la Caisse-maladie avait invoqué comme fondement de sa demande l'enrichissement illégitime, la violation des conventions d'hospitalisation et un acte illicite, la cour cantonale a considéré que l'examen de ces deux premiers moyens nécessitait de déterminer les obligations financières de la Caisse-maladie découlant des contrats d'assurance-maladie complémentaire passés avec ses assurés et l'impact de l'annulation de l'arrêté du 24 juin 2015 sur celles-ci. Il s'agissait donc bien d'un litige portant sur les assurances-maladie complémentaires. Même si le fondement allégué d'acte illicite ne reposait pas sur l'assurance-maladie complémentaire, l'ensemble du litige devait être considéré comme relevant du domaine du contentieux des assurances-maladie complémentaires. Par conséquent, le litige était bien de la compétence de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice conformément à l' art. 7 CPC . La cour cantonale a encore indiqué qu'il n'y avait pas à comparer la situation d'un patient au bénéfice d'une assurance-maladie complémentaire avec celle d'un patient qui n'en avait pas et qui souhaiterait obtenir de B.\_\_\_\_\_ le remboursement de la part cantonale de 55 % qu'il avait lui-même payée. En effet, la cause du paiement initial n'était pas la même.

### **E. 3.3**

La Caisse-maladie recourante soutient que le litige est né à la suite de l'annulation de la planification hospitalière genevoise, la quote-part cantonale devant être prise en charge par le canton de Genève pour toutes les opérations, et non un nombre limité de cas. Le litige porterait donc sur les mandats de prestations passés avec les établissements hospitaliers qui n'étaient pas conformes au droit fédéral.

### **E. 3.4**

Ce faisant, la Caisse-maladie méconnaît qu'elle s'en prend à B.\_\_\_\_\_, et non pas au canton de Genève, et que son action n'a pas pour objet tous les "mandats de prestations (non) conformes au droit fédéral" passés entre le canton et les établissements hospitaliers, à

supposer encore qu'elle soit légitimée à introduire une telle action. Elle reconnaît qu'elle réclame le remboursement par B. \_\_\_\_\_ des montants que cette dernière lui a facturés et qu'elle-même a versés au titre et à charge de l'assurance-maladie complémentaire de chacun de ses assurés hospitalisés (alors que le nombre de cas fixé dans le mandat de prestations était dépassé). Le fondement de son action est donc bien le remboursement de prestations versées par chacune des assurances-maladie complémentaires de ses patients, selon le système du tiers-payant. Le fait que le juge civil doive examiner, à titre préjudiciel, si la part cantonale de 55 % lui a été facturée à tort au vu de l'annulation de la planification hospitalière prononcée par le Tribunal administratif fédéral dans une affaire portée devant lui par un autre établissement hospitalier genevois, ne modifie pas la nature de son action en remboursement. Le fait que la Caisse-maladie ait été liée à B. \_\_\_\_\_ par des conventions d'hospitalisation, qui auraient pour but de garantir à B. \_\_\_\_\_ les frais d'hospitalisation et de réduire le risque de non-recouvrement de B. \_\_\_\_\_, et qui auraient été violées, ne change rien non plus à la nature de l'action en remboursement. La Caisse-maladie invoque encore que les patients auxquels B. \_\_\_\_\_ aurait directement facturé la quote-part cantonale devraient agir auprès du Tribunal de première instance pour pouvoir récupérer leur paiement versé à tort; il " ne saurait en aller différemment " pour ce litige opposant la Caisse-maladie à B. \_\_\_\_\_. Or, la cour cantonale a précisément relevé que dans le cas de figure d'un patient qui avait réglé lui-même cette facture, la cause du paiement initial n'était pas identique, de sorte qu'il n'y avait aucune comparaison à faire. A cet égard, la Caisse-maladie se contente d'une vague affirmation, sans critiquer le motif - pertinent - de la cause du paiement exposé par la cour cantonale, ce qui est manifestement insuffisant. C'est donc à raison qu'à la suite du Tribunal civil ordinaire, la Chambre civile de la Cour de justice du canton de Genève a considéré que la présente action relevait de la compétence de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice en tant qu'instance cantonale unique au sens de l' art. 7 CPC .

#### **E. 4**

En définitive, le recours doit être rejeté, dans la mesure où il est recevable. Les frais judiciaires et les dépens seront mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 66 al. 1 et art. 68 al. 1 et 2 LTF ).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.