

BGer 5C.253/2000 vom 6. März 2001

Bundesgericht, 2001-03-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_5C.253_2000

FR: TF 5C.253/2000 du 6 mars 2001

IT: TF 5C.253/2000 del 6 marzo 2001

Regeste

Droit des contrats

Erwägungen

E. 1

Le litige relatif à des prétentions fondées sur l'assurance complémentaire à l'assurance-maladie proposée par une caisse maladie constitue une contestation civile portant sur des droits de nature pécuniaire au sens de l' art. 46 OJ (ATF 124 III 44 consid. 1a/aa, 229 consid. 2b). La valeur litigieuse minimale prescrite par cette disposition étant atteinte en l'espèce, le recours en réforme, déposé en temps utile (art. 54 al. 1 OJ), est recevable.

E. 2

a) L'autorité cantonale a retenu qu'en limitant le choix des établissements en novembre 1996, la défenderesse n'avait fait que respecter les termes des conditions générales d'assurance - qu'elle pouvait en principe édicter librement - et que l'on ne saurait dès lors lui reprocher une violation du principe de la fidélité contractuelle (arrêt attaqué, consid. 2). Les juges cantonaux ont toutefois considéré que la défenderesse était tenue de prendre en charge l'intégralité des frais relatifs à l'opération subie le 6 novembre 1998 par la demanderesse, pour les motifs suivants: "3. Le Tribunal de céans a récemment jugé que suite à l'ordonnance de mesures provisionnelles de la Cour de Justice du 6 janvier 1997, la caisse n'é- tait pas autorisée à écarter de la liste des fournisseurs de soins l'une des cliniques requérantes, soit en l'occurrence la Générale-Beaulieu (ATA F. du 28 mars 2000). Cette manière de voir ne peut qu'être confirmée en l'espèce, s'agissant également de l'une des cliniques requérantes, et cela nonobstant le retrait de la procédure devant la Cour de justice. En effet, les faits pertinents pour la solution du litige se sont passés alors que l'ordonnance sur mesures provisionnelles était en vigueur. Toute autre solution consacrerait une inégalité de traitement à l'égard des caisses qui ont spontanément respecté lesdites mesures provisionnelles. Dès lors, il faut admettre que la caisse n'était pas autorisée à écarter de la liste des fournisseurs dont elle acceptait de rembourser les prestations la clinique des Grangettes.. " b) aa) La défenderesse reproche d'abord au Tribunal administratif d'avoir fondé son arrêt sur un état de fait incomplet en ignorant totalement le fait, pourtant dûment prouvé et essentiel, que la Fédération genevoise des assureurs-maladie a dénoncé avec effet au 31 décembre 1997 la convention tarifaire d'hospitalisation qui la liait à l'Association des cliniques privées de Genève. bb) La défenderesse se plaint ensuite d'une violation du principe de la liberté contractuelle (art. 19 CO), qui implique que dans le domaine de l'assurance-maladie complémentaire, les droits et obligations des parties découlent exclusivement du contrat. Or en l'espèce, les conditions spéciales de l'assurance "Optima Plus" prévoient que le remboursement intégral des frais d'actes médicaux et paramédicaux

nécessaires à l'assurée pendant son hospitalisation n'intervient que si le fournisseur de soins a passé convention à cet effet ou, à défaut, si son nom figure sur une liste remise aux assurés, et la clinique des Grangettes ne remplissait aucune de ces deux conditions en 1998. Selon la défenderesse, la demanderesse ne saurait se prévaloir de l'ordonnance de mesures provisionnelles rendue le 6 janvier 1997 par la Cour de justice, pour différentes raisons: d'abord, elle n'était pas partie à cette procédure; ensuite, l'ordonnance en question fait référence à une convention tarifaire qui était caduque depuis le 1er janvier 1998; enfin, les mesures provisionnelles ordonnées sont elles-mêmes devenues caduques ensuite du retrait de l'action tendant à leur validation. Au surplus, les mesures provisionnelles pouvaient tout au plus bloquer provisoirement la situation juridique et empêcher la défenderesse de limiter sa couverture en choisissant parmi les établissements conventionnés; en revanche, elles n'ont en aucun cas pu donner aux assurés plus de droits qu'ils n'en avaient en vertu du contrat, à savoir leur offrir une couverture intégrale pour les établissements non conventionnés. Dès lors que la convention d'hospitalisation a été dénoncée pour le 31 décembre 1997 par la Fédération genevoise des assureurs-maladie, laquelle n'était pas partie à la procédure devant la Cour de justice, les cliniques privées devaient être considérées en 1998 comme des établissements non conventionnés, pour lesquels les conditions spéciales de l'assurance "Optima Plus" ne prévoyaient pas la couverture intégrale des frais d'hospitalisation, mais seulement le remboursement de montants forfaitaires. En refusant d'appliquer au cas d'espèce les règles contractuelles relatives à l'indemnisation des assurés ayant été hospitalisés dans des établissements non conventionnés, le Tribunal administratif aurait transgressé le fondement même du contrat. cc) La défenderesse invoque enfin l'absence de bonne foi de la demanderesse dans les prétentions que celle-ci fait valoir à son encontre. La demanderesse a en effet échangé avant l'opération chirurgicale de novembre 1998 plusieurs correspondances avec la défenderesse, laquelle lui a indiqué très clairement, avec référence aux articles des conditions spéciales de l'assurance "Optima Plus", la couverture qu'elle prendrait en charge en cas d'hospitalisation dans un établissement non conventionné.

E. 3

a) Saisi d'un recours en réforme, le Tribunal fédéral doit conduire son raisonnement sur la base des faits contenus dans la décision attaquée, à moins que des dispositions fédérales en matière de preuve n'aient été violées, qu'il y ait lieu à rectification de constatations reposant sur une inadvertance manifeste (art. 63 al. 2 OJ) ou qu'il faille compléter les constatations de l'autorité cantonale parce que celle-ci n'a pas tenu compte de faits pertinents et régulièrement allégués (art. 64 OJ ; ATF 126 III 59 consid. 2a et les arrêts cités). S'il y a lieu de compléter les constatations de l'autorité cantonale, le Tribunal fédéral annule, par arrêt motivé, la décision attaquée et renvoie l'affaire à cette autorité en l'invitant à compléter au besoin le dossier et à statuer à nouveau (art. 64 al. 1 OJ). Lorsqu'il ne s'agit que de les compléter sur des points purement accessoires, le Tribunal fédéral peut cependant le faire lui-même en tant que cela lui est possible sur le vu du dossier et statuer sur le litige (art. 64 al. 2 OJ). b) En l'espèce, l'arrêt attaqué présente plusieurs lacunes sur des points de fait accessoires, qui peuvent être comblées sur le vu du dossier. Ainsi, la teneur des conditions spéciales d'assurance pour l'assurance complémentaire "Optima Plus" peut être constatée comme cela a été fait sous lettre B ci-dessus. De même, les constatations de l'autorité cantonale sur l'ordonnance de mesures provisionnelles prononcée le 6 janvier 1997 par la Cour de justice du canton de Genève (cf. lettre F supra) peuvent être complétées en ce qui concerne la formulation exacte du dispositif de cette décision ainsi que sa motivation (cf.

consid. 3c infra). Enfin, il y a lieu de constater, comme le sollicite la défenderesse (cf. consid. 2b/aa supra) et dans la mesure où ce fait ne ressort pas suffisamment clairement de l'arrêt attaqué - qui ne le rapporte qu'indirectement à travers les courriers de la défenderesse qui y font référence (cf. lettre F supra) -, que la Fédération genevoise des assureurs-maladie, dont la défenderesse est membre, a dénoncé le 30 juin 1997, avec effet au 31 décembre 1997, la convention tarifaire d'hospitalisation qui la liait à l'Association des cliniques privées de Genève. c) Dans son ordonnance de mesures provisionnelles du 6 janvier 1997 - rendue sur requête de l'Association des cliniques privées de Genève (ci-après: l'ACPG) et des cliniques membres de cette association -, la Cour de justice du canton de Genève a constaté que l'ACPG avait conclu avec la Fédération genevoise des assureurs-maladie, dont X._____ est membre, une convention concernant "les questions ayant trait à la couverture des soins relevant des assurances privées". En 1996, la Conférence suisse des assureurs maladie (COSAMA) a annoncé sa décision d'introduire au plus tard dès le 1er janvier 1997 un produit d'assurance complémentaire pour frais d'hospitalisation en établissements privés, caractérisée par un choix limité des établissements en contrepartie de primes réduites par rapport à celles fortement augmentées pour l'hospitalisation sans restriction dans le choix de l'établissement. X._____ a mis en oeuvre cette décision de COSAMA par circulaire à ses assurés de novembre 1996 (cf. lettre C supra). La Cour de justice a considéré que la décision de la COSAMA de lancer un nouveau produit d'assurance, même dépourvue d'effet contraignant à l'égard de ses membres, constituait une "pratique concertée d'entreprises entraînant une restriction de la concurrence", au sens de l'art. 4 al. 1 LCart, puisqu'elle avait pour objectif de réduire le nombre des cliniques privées admises dans le cercle des établissements autorisés à dispenser leurs soins dans les limites tracées par le nouveau produit d'assurance. Comme le nouveau produit d'assurance avec limitation du choix de l'établissement annoncé par X._____ impliquait la fixation de nouvelles conditions tarifaires avec les établissements privés qui y participeraient, et que le maintien des anciennes conditions d'hospitalisation en privé ou semi-privé ne serait proposé aux assurés qu'au prix d'une augmentation de prime de 28 fr. par mois, la décision de COSAMA mise à exécution par X._____ tombait sous le coup de l'art. 5 al. 3 let. a LCart, qui vise les accords "qui fixent directement ou indirectement des prix"; elle constituait en outre une discrimination par "répartition en fonction des partenaires commerciaux" au sens de l'art. 5 al. 3 let. c LCart. Comme la personne qu'une restriction illicite à la concurrence entrave dans l'accès à la concurrence ou l'exercice de celle-ci peut demander la suppression ou la cessation de l'entrave (art. 12 al. 1 LCart), et que constitue en particulier une entrave à la concurrence le refus de traiter des affaires ou l'adoption de mesures discriminatoires (art. 12 al. 2 LCart), la Cour de justice a considéré que les requérantes avaient rendu vraisemblable qu'elles étaient victimes d'une entrave à la concurrence. Statuant sur mesures provisionnelles, la Cour de justice a dès lors "interdit à la Conférence suisse des assureurs maladie COSAMA et à la Fondation X._____ d'exclure [sept cliniques genevoises dont la clinique des Grangettes] des possibilités d'hospitalisation, avec prise en charge intégrale des frais aux conditions de la convention d'hospitalisation liant l'ACPG à la Fédération genevoise des assureurs maladie, offertes aux assurés des caisses-maladie membres de Conférence suisse des assureurs maladie COSAMA, notamment la caisse maladie X._____, bénéficiant d'une couverture des frais d'hospitalisation dans le secteur privé.. "

E. 4

a) Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, le 1er janvier 1996, les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de cette loi sont soumises au droit privé, plus particulièrement à la LCA (art. 12 al. 3 LAMal ; ATF 124 III 44 consid. 1a/aa, 229 consid. 2b) et au droit des obligations pour tout ce qui n'est pas réglé par la LCA (art. 100 al. 1 LCA). Le droit aux prestations d'assurances se détermine donc sur la base des dispositions contractuelles liant l'assuré et l'assureur, en particulier des conditions générales ou spéciales d'assurance. En l'espèce, il faut donc se référer aux conditions spéciales de l'assurance "Optima Plus". C'est toutefois à tort que la défenderesse se réfère (cf. consid. 2b/bb supra) aux conditions spéciales d'assurance en vigueur jusqu'au 31 décembre 1996, selon lesquelles le paiement intégral des frais d'actes médicaux et paramédicaux et des frais hôteliers était soumis à la condition alternative que les fournisseurs de soins aient passé convention à cet effet avec la caisse ou que leur nom figure dans une liste remise aux assurés au début de chaque année civile (cf. lettre B supra). Les prétentions de la demanderesse doivent au contraire être examinées au regard des conditions spéciales d'assurance en vigueur depuis le 1er janvier 1997, comme l'a retenu la cour cantonale (cf. consid. 2a supra) et comme la défenderesse l'a elle-même fait dans son courrier du 21 août 1998 à la demanderesse (cf. lettre D supra).

b) Selon les conditions spéciales d'assurance pour l'assurance complémentaire "Optima Plus" en vigueur depuis le 1er janvier 1997, la défenderesse assume la prise en charge des actes médicaux et paramédicaux ainsi que du séjour hospitalier facturés par un fournisseur de soins agréé selon la liste remise à l'assuré; si ce dernier n'a pas recours à un fournisseur de soins agréé, la défenderesse rembourse jusqu'à 200 fr. par jour pour les frais de traitement et autant pour les frais hôteliers (cf. lettre B supra). Il n'est pas contesté que la clinique des Grangettes ne figurait pas sur la liste des fournisseurs de soins agréés par la défenderesse en 1997 ni en 1998 (cf. lettre C supra). L'autorité cantonale a néanmoins considéré qu'en vertu de l'ordonnance de mesures provisionnelles prononcée le 6 janvier 1997 par la Cour de justice, la défenderesse n'était pas autorisée à écarter la clinique des Grangettes de la liste des fournisseurs de soins agréés dont elle acceptait de rembourser intégralement les prestations (cf. consid. 2a supra). Il convient dès lors d'examiner ci-après (cf. consid. 4c à 4e infra), à la lumière des griefs de la défenderesse (cf. consid. 2b/bb supra), si ce raisonnement est conforme au droit fédéral.

c) L'autorité cantonale a retenu que l'ordonnance de mesures provisionnelles du 6 janvier 1997 était en vigueur lorsque les faits pertinents pour la solution du litige se sont produits (cf. consid. 2a supra), la procédure en validation de ces mesures provisionnelles ayant été retirée avec désistement d'instance et d'action le 13 janvier 2000 seulement (cf. lettre F in fine supra). Contrairement à ce que soutient la défenderesse (cf. consid. 2b/bb supra), il importe peu que ces mesures soient caduques depuis le 13 janvier 2000. Il s'agit en effet de prendre en considération la situation juridique telle qu'elle existait au moment où les éventuelles prétentions de la demanderesse sont nées. Il convient dès lors d'examiner si la demanderesse, qui n'était pas partie à la procédure de mesures provisionnelles qui a abouti à l'ordonnance du 6 janvier 1997, peut se prévaloir de l'interdiction qui y a été faite à la défenderesse d'exclure notamment la clinique des Grangettes, des possibilités d'hospitalisation avec prise en charge intégrale des frais pour les assurés bénéficiant d'une couverture des frais d'hospitalisation dans le secteur privé.

d) Selon le principe de la relativité subjective de la chose jugée, les jugements n'ont en principe d'effet qu'entre ceux qui ont été parties au procès, leurs héritiers ou ayants droit, de sorte qu'ils ne nuisent ni ne profitent aux tiers (Habscheid, Droit judiciaire privé suisse, 2e éd., 1981, p. 318; Bertossa/Gaillard/Guyet/Schmidt, Commentaire de la loi de procédure civile du canton de

Genève du 10 avril 1987, n. 13 ad art. 99 LPC et n. 1 ad art. 145 LPC ; Guldener, *Schweizerisches Zivilprozessrecht*, 1979, p. 371 ss; ATF 93 II 11 consid. 2c p. 17; 89 II 429 consid. 4 in limine et les arrêts cités). Cette limitation quant aux personnes de la portée de la chose jugée est justifiée principalement par le fait qu'un jugement ne doit pas pouvoir être opposé à un tiers qui n'a pas participé au procès et n'a donc pas pu y défendre ses intérêts (Guldener, op. cit. , p. 373/374; Habscheid, *Schweizerisches Zivilprozess- und Gerichtsorganisationsrecht*, 2e éd., 1990, n. 502; Kummer, *Das Klagerecht und die materielle Rechtskraft nach schweizerischem Recht*, 1954, p. 140). Le principe de la relativité subjective des jugements peut toutefois trouver des limites dans des impératifs posés par le droit matériel (Guldener, op. cit. , p. 374; Bertossa/Gaillard/Guyet/Schmidt, op. cit. , n. 13 ad art. 99 LPC et n. 4 ad art. 145 LPC ; Habscheid, op. cit. , p. 319). Il convient ainsi de s'écarter du principe de la relativité subjective de la chose jugée lorsque cela apparaît approprié en vue d'une réalisation conséquente des objectifs du droit matériel et que cela ne porte pas atteinte aux droits de tiers; une telle décision dépend entièrement des droits et rapports juridiques en cause dans le cas concret (Kummer, op. cit. , p. 142; Rapp, *Urteilswirkungen gegenüber Dritten*, in *Zivilprozessrecht, Arbeitsrecht, Kolloquium zu Ehren von Professor Adrian Staehelin*, 1997, p. 39). En l'espèce, le but de l'ordonnance de mesures provisionnelles du 6 janvier 1997 était de prévenir une entrave à la concurrence résultant de l'adoption de mesures discriminatoires en obligeant la défenderesse à faire bénéficier ceux de ses assurés qui désiraient ou devaient se faire hospitaliser dans une des cliniques privées requérantes de conditions équivalentes à celles qui leur étaient offertes pour l'hospitalisation dans des établissements concurrents (cf. Tercier, *Droit privé de la concurrence*, in *Schweizerisches Immaterialgüter- und Wettbewerbsrecht, Band V/2, Kartellrecht*, 2000, p. 350/351). Il apparaît dès lors approprié, en vue de la réalisation conséquente des objectifs de la législation anticartellaire et au regard du but de l'ordonnance de mesures provisionnelles du 6 janvier 1997 - qui était comme on vient de le voir de prévenir une entrave à la concurrence résultant d'une discrimination des cliniques privées requérantes à travers les conditions offertes par la défenderesse à ses assurés -, de considérer que la demanderesse peut se prévaloir de cette ordonnance lors même qu'elle n'était pas partie à la procédure au terme de laquelle celle-ci a été rendue. La défenderesse ayant quant à elle pu défendre ses intérêts dans cette procédure, elle n'a pas d'intérêt légitime à invoquer la relativité subjective de la chose jugée (cf. Rapp, op. cit. , p. 39). e) Dès lors que la défenderesse n'était pas fondée, en vertu de l'ordonnance de mesures provisionnelles du 6 janvier 1997 dont la demanderesse peut se prévaloir, à écarter la clinique des Grangettes de la liste des établissements dont elle remboursait intégralement les prestations, c'est à bon droit que les juges cantonaux l'ont condamnée à rembourser les frais effectifs de l'intervention du 6 novembre 1998. En effet, du fait des mesures provisionnelles ordonnées par la Cour de justice, les assurés de la défenderesse pouvaient prétendre aux prestations prévues pour les fournisseurs de soins agréés au sens des art. 2, 3 et 6 des conditions spéciales d'assurance pour l'assurance complémentaire "Optima Plus" en vigueur depuis le 1er janvier 1997 (cf. lettre B supra) également pour l'hospitalisation dans l'une des cliniques requérantes. Peu importe que l'ordonnance du 6 janvier 1997 fût référence à la prise en charge intégrale des frais "aux conditions de la convention d'hospitalisation liant l'ACPG à la Fédération genevoise des assureurs maladie" (cf. consid. 3c supra). Cette formulation, par laquelle la Cour de justice n'a fait que reprendre les conclusions prises par les requérantes elles-mêmes, ne saurait avoir pour effet que la défenderesse n'est plus tenue de verser ses prestations ensuite de la dénonciation de ladite

convention au 31 décembre 1997. En effet, l'ordonnance du 6 janvier 1997 visait à éviter la discrimination des cliniques requérantes par rapport aux établissements hospitaliers concurrents figurant sur la liste des fournisseurs de soins agréés par la défenderesse, pour lesquels les conditions spéciales d'assurance applicables prévoyaient la prise en charge intégrale des frais de traitement et des frais hôteliers (cf. consid. 4a et b supra). Or selon les propres allégations de la recourante, cette liste comprenait des établissements tant conventionnés que non conventionnés. La dénonciation de la convention d'hospitalisation au 31 décembre 1997 ne saurait ainsi avoir de conséquences sur les prétentions de la demanderesse, contrairement à ce que soutient la défenderesse (cf. consid. 2b/bb supra). f) Enfin, l'argument selon lequel la demanderesse connaissait la position de la défenderesse avant même l'opération chirurgicale de novembre 1998 et n'exercerait donc pas ses prétentions selon les règles de la bonne foi (cf. consid. 2b/cc supra) apparaît dénué de toute pertinence. La demanderesse n'a en effet jamais varié dans la position juridique qu'elle a adopté dès avant son hospitalisation; le simple fait qu'elle connaissait la position contraire de la défenderesse avant la naissance des prétentions résultant de cette hospitalisation ne fait nullement apparaître l'exercice ultérieur de ces prétentions comme contraire à la bonne foi.

E. 5

Il résulte de ce qui précède que le recours doit être rejeté et l'arrêt attaqué confirmé. La défenderesse, qui succombe, supportera les frais judiciaires (art. 156 al. 1 OJ). Il n'y a en revanche pas lieu d'allouer de dépens dès lors que la demanderesse n'a pas été invitée à répondre au recours et n'a en conséquence pas assumé de frais pour la procédure devant le Tribunal fédéral (Poudret/Sandoz-Monod, Commentaire de la loi Fédérale d'organisation judiciaire, vol. V, 1992, n. 2 ad art. 159 OJ).

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