FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20110824_f_ge_o_01 vom 24. August 2011

FINMA Versicherungsrecht, 2011-08-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/finma_versicherungsrecht_20110824_f_ge_o_01

FR: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20110824_f_ge_o_01 du 24 août 2011

IT: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20110824_f_ge_o_01 del 24 agosto 2011

Erwägungen

E. 1

a) Conformément à l'art. 134 al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal, relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA; RS 221.229.1). Sa compétence ratione materiae pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. b) S'agissant de la compétence ratione loci, l'art. 46a LCA prescrit que le for se définit selon la loi du 24 mars 2000 sur les fors (LFors). Depuis le 1er janvier 2011, cette dernière loi est toutefois abrogée et il convient d'appliquer le Code de procédure civile du 19 décembre 2008 (CPC; RS 272), dont l'art. 31 prévoit que le tribunal du domicile ou du siège du défendeur ou celui du lieu où la prestation caractéristique doit être exécutée est compétent pour statuer sur les actions découlant d'un contrat. L'art. 15 des conditions générales d'assurance (ci-après : CGA) pour les assurances complémentaires selon la LCA (édition 2004) prévoit quant à lui que le lieu d'exécution est le lieu de domicile de l'assuré ou une adresse désignée par lui en Suisse. En l'espèce, le demandeur, ainsi que sa mandataire, sont domiciliés à Genève. La compétence ratione loci de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est par conséquent donnée.

A/490/2011 - 16/25 - c) En vertu de l'art. 197 CPC en vigueur depuis le 1er janvier 2011, la procédure de fond est précédée d'une tentative de conciliation devant une autorité de conciliation. L'art. 198 CPC prévoit des exceptions à la tentative obligatoire de conciliation, notamment pour les instances cantonales uniques prévues par l'art. 5 CPC et les tribunaux spéciaux statuant en instance unique sur les litiges commerciaux que les cantons peuvent instituer en application de l'art. 6 CPC (art. 198 let. f CPC). Les instances cantonales uniques que les cantons peuvent instituer pour les litiges portant sur les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale, conformément à l'art. 7 CPC, ne sont pas mentionnées en tant qu'exceptions à l'art. 198 CPC. L'autorité compétente pour la tentative de conciliation est à Genève le Tribunal de première instance (ci-après: le TPI), selon l'art. 86 al. 2 let. b LOJ. Néanmoins, la Cour de céans a jugé que c'était par une inadvertance évidente que le législateur fédéral n'avait pas mentionné à l'art. 198 let. f CPC les tribunaux statuant en tant qu'instance cantonale unique sur les litiges portant sur les assurances-maladie complémentaires, conformément à l'art. 7 CPC, et que cet oubli créait une situation contraire au but de la loi et était dès lors insatisfaisante. La Cour de céans a dès lors comblé cette lacune proprement dite et exempté également ces litiges de la procédure de conciliation obligatoire, à l'instar des autres instances cantonales uniques mentionnées à l'art. 198 let. f CPC (ATAS/577/2011 du 31 mai 2011, consid. 4). Par conséquent, la

présente demande n'a pas à être soumise à une tentative de conciliation par-devant le TPI. d) Pour le surplus, la demande respecte la forme prévue à l'art. 89B de la loi sur la procédure administrative du canton de Genève du 12 septembre 1985 (LPA - RS E

E. 5

A titre préalable, il convient d'examiner s'il y a lieu de joindre la présente cause à la cause A/3118/2010 LAMal, comme le soutient le demandeur, dans la mesure où cette dernière cause porte sur la prise en charge des frais de transport par l'assurance obligatoire des soins. Aux termes de l'art. 70 al. 1er LPA, l'autorité peut, d'office ou sur requête, joindre en une même procédure des affaires qui se rapportent à une situation identique ou à une cause juridique commune. En l'espèce, il est vrai que les deux causes portent en partie sur le même objet, à savoir le remboursement des frais de transports effectués par la mère du demandeur. Néanmoins, elles ne sont pas régies par les mêmes règles de procédure, l'une étant soumise à la procédure relative aux assurances sociales et l'autre à la procédure relative aux assurances complémentaires. Cette différence implique en particulier que la LPGA n'est pas applicable à la présente cause, contrairement à la cause A/3118/2010 LAMal. Au vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de joindre les deux procédures. La Cour de céans tranchera donc dans le présent arrêt les seules questions du droit éventuel à la prestation de "payback" et de la prise en charge des frais de transport par les assurances complémentaires, un arrêt séparé étant rendu dans la cause A/3118/2010 LAMal.

E. 6

En matière d'assurances complémentaires, les parties sont liées par l'accord qu'elles ont conclu dans les limites de la loi, les caisses-maladie pouvant en principe édicter librement les dispositions statutaires ou réglementaires dans les branches d'assurances complémentaires (ATAS/1104/2006). Les principes généraux de l'interprétation des contrats s'appliquent au contrat d'assurance. En effet, l'art. 100 LCA renvoie au droit des obligations, et partant, au code des obligations (CO; RS 220). Lorsqu'il s'agit de déterminer le contenu d'un

A/490/2011 - 18/25 - contrat d'assurance et des conditions générales qui en font partie intégrante, le juge doit donc, comme pour tout autre contrat, recourir en premier lieu à l'interprétation dite subjective, c'est-à-dire rechercher la "réelle et commune intention des parties", le cas échéant empiriquement, sur la base d'indices (art. 18 al. 1 CO). S'il ne parvient pas à établir avec certitude cette volonté effective, ou s'il constate que l'un des contractants n'a pas compris la volonté réelle exprimée par l'autre, il recherchera le sens que les parties pouvaient et devaient donner, selon les règles de la bonne foi, à leurs manifestations de volonté réciproques (application du principe de la confiance; ATF 122 III 118, consid. 2a; ATF 118 II 342, consid. 1a). Ce faisant, le juge doit partir de la lettre du contrat et tenir compte des circonstances qui ont entouré sa conclusion (ATF non publié 5C.134/2002 du 17 septembre 2002, consid. 3.1). Selon la jurisprudence, il convient de ne pas attacher une importance décisive au sens des mots, même clairs, utilisés par les parties (abandon de la "Eindeutigkeitsregel"). Il ressort de l'art. 18 al. 1 CO en principe qu'en présence d'un texte clair, on doit exclure d'emblée le recours à d'autres moyens d'interprétation; même si la teneur d'une clause contractuelle paraît claire et indiscutable à première vue, il peut toutefois résulter du but poursuivi par les parties ou d'autres circonstances que la lettre ne restitue pas exactement le sens de l'accord conclu (ATF non publié 5C.305/2001 du 28 février 2002, consid. 4b; ATF 127 III 444, consid. 1b).

Finalement, et de façon subsidiaire, lorsqu'il subsiste un doute sur leur sens, les dispositions exclusivement rédigées par l'assureur, ainsi les conditions générales pré-formulées, sont à interpréter en défaveur de leur auteur, conformément à la règle des clauses ambiguës ("in dubio contra stipulatorem"; "Unklarheitsregel") (ATF non publié 4C.208/2006 du 8 janvier 2007, consid. 3.1; ATF 122 III 118 consid. 2a). Selon la jurisprudence et la doctrine, pour que cette règle trouve à s'appliquer, il ne suffit pas que les parties soient en litige sur la signification à donner à une déclaration; encore faut-il que celle-ci puisse être comprise de différentes façons ("zweideutig") et qu'il soit impossible de lever autrement le doute créé, faute d'autres moyens d'interprétation (ATFA non publié B 56/03 du 2 décembre 2003, consid. 3.6; ATF 122 III 124, consid. 2d).

E. 7

a) Concernant tout d'abord le remboursement des frais de transports effectués par la mère du demandeur, l'art. 3 des conditions spéciales de l'assurance des soins "Plus" (ci-après: CS AP) prévoit que la défenderesse prend en charge au maximum 2'000 fr. par année civile pour les transports d'urgence médicalement nécessaires chez le médecin le plus proche ou vers l'hôpital le plus proche. Selon l'art. 9 des conditions spéciales de l'assurance des frais d'hospitalisation (ci- après: CS H), la défenderesse prend en charge les coûts des transports d'urgence médicalement nécessaires vers l'hôpital approprié le plus proche pour y suivre le traitement hospitalier selon la classe de prestations assurée. b) En l'espèce, le demandeur est atteint de troubles psychiques et sa mère a dû l'amener à la clinique de la Métairie depuis Verbier où ils séjournaient. Elle est

A/490/2011 - 19/25 - ensuite rentrée à son domicile sis à Veyrier puis, quelques jours plus tard, a effectué le trajet aller-retour depuis son domicile pour aller rechercher son fils à la clinique. Depuis Veyrier, le demandeur et sa mère sont ensuite retournés sur leur lieu de séjour à Verbier. Par ailleurs, dans la mesure où la mère du demandeur est également sa représentante thérapeutique et sa mandataire, elle a dû se rendre quotidiennement à la clinique de la Métairie durant l'hospitalisation de son fils. Pour tous ces trajets, la Cour de céans a retenu dans la cause A/3118/2010 LAMal que les conditions de la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins, et en particulier celles de l'art. 26 OPAS, n'étaient pas réalisées. Le demandeur estime dès lors que ses assurances complémentaires doivent couvrir l'intégralité des frais de transports susmentionnés, étant donné que les conditions requises par ces assurances sont remplies et que le transport a été effectué par sa représentante thérapeutique. La défenderesse considère quant à elle que les conditions de prise en charge des frais de transport par les assurances complémentaires ne sont pas remplies et que vu le renvoi à la LAMal fait par les CGA, il faut raisonner par analogie avec cette loi et conclure que l'assuré ne peut se faire rembourser ni ses propres frais de transport, ni d'autres frais de transport privé. c) La Cour relève que selon les conditions spéciales d'assurance du demandeur, ce sont clairement les coûts de transports d'urgence médicalement nécessaires qui sont pris en charge par les assurances complémentaires. Il convient dès lors d'examiner ce que les parties entendaient par transports d'urgence médicalement nécessaires. Elles semblent en désaccord sur ce point qui peut être compris de différentes façons, de sorte que leur réelle et commune intention ne peut être établie et qu'il convient de rechercher le sens qu'elles pouvaient et devaient donner, selon les règles de la bonne foi, à leurs manifestations de volonté réciproques. Comme leur nom l'indique, le but des assurances complémentaires à l'assurance- maladie sociale est clairement de compléter l'assurance obligatoire des soins. L'art.

E. 12

LAMal dispose d'ailleurs que "les caisses-maladie ont le droit de pratiquer, en plus de l'assurance-maladie sociale au sens de la présente loi, des assurances complémentaires; elles peuvent également pratiquer d'autres branches d'assurance, aux conditions et dans les limites fixées par le Conseil fédéral". L'art. 1 CGA dispose en outre que la défenderesse alloue des prestations des assurances complémentaires en cas de maladie, d'accident et de maternité, dans la mesure où elles surviennent pendant la durée du contrat, conformément au contrat souscrit et en complément de l'assurance-maladie sociale ainsi que d'autres assurances sociales et privées.

A/490/2011 - 20/25 - Par conséquent, en inscrivant dans ses conditions spéciales d'assurance une couverture pour les frais de transport, la défenderesse n'avait pas pour but d'offrir des prestations plus larges que la LAMal mais de compléter la participation de l'assurance obligatoire des soins dont la couverture, avec un montant maximum de 500 fr. par année civile, n'était que partielle dans la plupart des cas. Au surplus, dans la mesure où les art. 3 CS AP et 9 CS H reprennent la notion de transport médicalement nécessaire présente dans la LAMal et ses ordonnances, il convient de faire une analogie entre les textes de ces différentes dispositions. Au vu de ce qui précède, la Cour considère que selon les règles de la bonne foi, les parties pouvaient et devaient considérer que le transport d'urgence médicalement nécessaire pris en charge par les assurances complémentaires au sens des conditions spéciales d'assurance avait la même signification que le transport médicalement nécessaire pris en charge par l'assurance obligatoire des soins au sens de l'art. 25 al. 2 let. g LAMal et défini dans les ordonnances liées à cette loi. d) Par conséquent, le transport d'urgence médicalement nécessaire prévu aux art. 3 CS AP et 9 CS H doit être interprété conformément à la LAMal et aux ordonnances y relatives, et en particulier à la lumière de l'art. 26 al. 1 de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l’assurance obligatoire des soins en cas de maladie, du 29 septembre 1995 (ordonnance sur les prestations de l’assurance des soins, OPAS ; RS 832.112.31). Selon cette disposition, l’assurance prend en charge 50 % des frais occasionnés par un transport médicalement indiqué pour permettre la dispensation des soins par un fournisseur de prestations admis, apte à traiter la maladie et qui fait partie des fournisseurs que l’assuré a le droit de choisir, lorsque l’état de santé du patient ne lui permet pas d’utiliser un autre moyen de transport public ou privé. Le montant maximum est de 500 francs par année civile. Ainsi qu'elle l'a retenu dans la cause A/3118/2010 LAMal, la Cour estime qu'en vertu de l'art. 26 al. 1 OPAS, l'assuré ne peut se faire rembourser ni ses propres frais de transports, ni d'autres frais de transports privés comprenant notamment ceux effectués par un proche. De même que dans la cause A/3118/2010 LAMal, les conditions de l'art. 26 OPAS ne sont dès lors réalisées pour aucun des trajets effectués par la mère du demandeur et aucun de ces trajets ne remplit la condition du transport d'urgence médicalement nécessaire au sens des art. 3 CS AP, 9 CS H et 26 al. 1 OPAS. Le fait que la mère du demandeur soit également sa représentante thérapeutique n'y change rien. En définitive, c'est donc à bon droit que la défenderesse a refusé la prise en charge des frais de transport par les assurances complémentaires. Mal fondée, la demande sera rejetée sur ce point. 8. a) Quant à la prestation de services "payback" dans l'assurance des frais d'hospitalisation, elle est prévue dans le Panorama des prestations de la

A/490/2011 - 21/25 - défenderesse: cette prestation s'adresse à toutes les clientes et à tous les clients ayant souscrit une assurance des frais d'hospitalisation en division privée ou demi- privée, sans franchise hospitalière. Si, en cas d'hospitalisation, l'assuré choisit de

plein gré la division commune (au lieu de la division privée ou demi-privée) et s'il le communique par écrit à son service-clients avant l'entrée à l'hôpital, de l'argent lui est crédité. La bonification pour les assurés en demi-privé est de 100 fr. par jour et au maximum de 1'000 fr. par année civile et, pour les assurés en privé, de 125 fr. par jour et au maximum de 1'250 fr. par année civile. b) La Cour relève que selon le Panorama des prestations de la défenderesse, le versement de la prestation de "payback" est soumis à la réalisation de quatre conditions, soit d'avoir souscrit une assurance des frais d'hospitalisation en division privée ou demi-privée, de n'avoir aucune franchise hospitalière, d'avoir choisi de plein gré la division commune au lieu de la division privée ou demi-privée et d'avoir communiqué préalablement son choix à l'assurance. Les parties ne contestent pas que le versement de la prestation de "payback" est soumis à la réalisation de ces conditions. La seule question litigieuse à ce stade porte sur l'interprétation de la condition du choix de plein gré de la division commune au lieu de la division privée ou demi-privée. Concernant cette condition, il convient dès lors de rechercher le sens que les parties pouvaient et devaient donner, selon les règles de la bonne foi, à leurs manifestations de volonté réciproques. Bien que cela ne ressorte pas clairement du texte du Panorama des prestations de la défenderesse, cette dernière explique que les seuls cas où le versement du "payback" entre en ligne de compte sont les cas où l'assuré dispose d'un réel choix entre la division privée ou demi-privée et commune et qu'il est ainsi hospitalisé dans un établissement proposant à la fois une division privée ou demi-privée et une division commune. A cet égard, il est vrai qu'un hôpital public ne proposant que des chambres en division commune peut difficilement être considéré comme permettant à l'assuré d'effectuer un réel choix de la division commune en lieu et place de la division privée ou demi-privée. Ainsi que la défenderesse le relève à juste titre, la division commune au sein d'un établissement public n'offrant pas d'autre choix doit être considérée comme imposée par les circonstances. La Cour souligne par ailleurs que la prestation de services "payback" dans l'assurance des frais d'hospitalisation est une prestation en marge des conditions générales et spéciales d'assurance que la défenderesse a décidé d'offrir à ses assurés en tant que possibilité d'économie. La possibilité offerte par cette prestation est accordée en supplément des prestations habituelles d'une assurance des frais d'hospitalisation. Il semble donc tout à fait normal que les conditions y afférentes soient plus restrictives et qu'elles soient appliquées strictement. L'assuré en bénéficiant doit d'ailleurs s'y attendre.

A/490/2011 - 22/25 - Au vu de ce qui précède, la Cour se rallie aux considérations de la défenderesse et retient que selon les règles de la bonne foi, les parties pouvaient et devaient considérer que le choix de plein gré de la division commune au lieu de la division privée ou demi-privée supposait la possibilité d'un véritable choix. En d'autres termes, le versement de la prestation de "payback" suppose une hospitalisation dans un établissement offrant à l'assuré la possibilité d'être pris en charge soit en division privée ou demi-privé soit en division commune. c) Par conséquent, dans la mesure où la clinique de Belle-Idée est un établissement public ne proposant que des chambres en division commune et ne permettant dès lors pas à l'assuré d'effectuer un réel choix quant à la division commune en lieu et place de la division privée ou demi-privée, une condition au versement du "payback" fait défaut dans le cas d'espèce. Cette prestation ne peut par conséquent pas être allouée au demandeur. Le fait qu'il aurait peut-être pu être hospitalisé dans un autre établissement n'y change rien. De même, le fait que la défenderesse ait versé par erreur la prestation de "payback" en 2008, faute d'avoir procédé à l'époque à une analyse approfondie de la condition litigieuse, est sans pertinence et le demandeur ne saurait en tirer un argument en sa faveur. En définitive,

c'est donc à bon droit que la défenderesse a refusé de verser au demandeur la prestation de "payback" pour son hospitalisation du 20 au 28 avril 2009. Mal fondée, la demande sera rejetée sur ce point également. 9. Au vu de ce qui précède, la Cour considère que les frais de transports effectués par la mère du demandeur ne doivent pas être pris en charge par les assurances complémentaires et que la demandeur n'a pas droit à la prestation de "payback" pour son hospitalisation du 20 au 28 avril 2009. La demande doit dès lors être rejetée, étant rappelé que la défenderesse a accepté de prendre en charge le Bioflorin. 10. En vigueur depuis le 1er janvier 2011, l'art. 19 de la loi d'application du code civil suisse et autres lois fédérales en matière civile, du 28 novembre 2010 (LaCC ; RS E 1 05) prévoit que la juridiction alloue une indemnité pour la représentation en justice aux mandataires professionnellement qualifiés et aux autres personnes qui ne sont pas avocats, dans la mesure où la qualité du travail effectué et les autres circonstances le justifient. Il en va de même pour les parties non représentées. a) Concernant la représentation par un mandataire professionnellement qualifié, le Tribunal fédéral a notamment relevé qu'on peut se montrer d'autant plus vigilant en matière de qualification professionnelle quand la procédure comporte plusieurs instances et qu'il y a un intérêt public incontestable à ce que les procès conduits devant la dernière instance le soient par des mandataires capables (ATF 105 Ia 77-78). Dans le canton de Genève, la question de la constitutionnalité et de la légalité

A/490/2011 - 23/25 - des exigences posées en matière de représentation des parties a déjà été tranchée par le Conseil d'État (ACE F. du 12 décembre 1988) selon lequel c'est "surtout en procédure non contentieuse qu'il fallait éviter de poser des exigences rigoureuses pour l'admission de la qualité de représentant" (ATA du 27 août 2001, cause A/540/01). Selon la jurisprudence du Tribunal administratif, le but de l'article 9 LPA - consacrant la possibilité en procédure administrative de se faire représenter par un mandataire professionnellement qualifié - s'oppose à l'admission de tout conseiller juridique indépendant comme mandataire professionnellement qualifié. La personne titulaire d'une licence en droit et qui a accompli un stage d'avocat ne peut ainsi être admise à plaider (ATA M. du 23 janvier 2001; cause n° A/1145/00). Cette qualité ne peut être donnée qu'à des personnes dont il est évident, aux yeux des administrés, qu'elles ne sont compétentes que dans le domaine du droit dont il s'agit, mais qu'elles n'ont pas les pouvoirs de représentation d'un avocat (ATA du 30 mars 2004 précité). En l'espèce, la question de savoir si la mère du demandeur pourrait se voir reconnaitre la qualité de mandataire professionnellement qualifié au sens de l'art. 9 LPA a été tranchée par la négative dans un arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales du 1er septembre 2005 (ATAS/711/2005). La Cour de céans ne voit pas pourquoi la notion de mandataire professionnellement qualifié devrait recevoir une interprétation plus large dans le cadre de la nouvelle LaCC. Cela ne ressort d'ailleurs pas du commentaire du projet de l'art. 19 LaCC. Par conséquent, la qualité de mandataire professionnellement qualifié doit en l'espèce être déniée à la mère du demandeur. b) Concernant la représentation par une personne autre qu'un mandataire professionnellement qualifié, il ressort de la jurisprudence du Tribunal fédéral que si une partie n'est pas représentée en procédure par un avocat ou une autre personne qualifiée, elle n'a qu'exceptionnellement droit à des dépens. Il faut admettre l'existence d'une telle situation exceptionnelle lorsque les conditions suivantes sont remplies: affaire complexe portant sur un objet litigieux élevé et nécessitant beaucoup de temps, dans une mesure dépassant ce qu'un particulier peut ordinairement et raisonnablement prendre sur lui pour la défense de ses intérêts; rapport proportionné entre le temps consacré et le résultat de la défense des intérêts en cause (ATF 110 V 134 consid. 7 p. 136; voir également ATF 133 III 439 consid. 4 p. 446; 115 Ia 12 consid. 5 p. 21). En

l'occurrence, la Cour relève que la présente affaire n'est pas particulièrement complexe et ne porte pas sur un objet litigieux élevé nécessitant beaucoup de temps. Il est vrai que la mère du demandeur a consacré un temps important à cette affaire et rédigé de nombreux courriers, mais la Cour estime que cette activité était disproportionnée dans le cas d'espèce.

A/490/2011 - 24/25 - Par ailleurs, la Cour souligne que la représentante du demandeur est sa mère et défend dans une certaine mesure également ses propres intérêts dans la présente affaire. Dans de telles circonstances, ce n'est là encore que de manière très exceptionnelle que des dépens peuvent être alloués (ATF 110 V 72; ATF 110 V 132; VSI 2000 p. 337 consid. 5 non publié aux ATF 125 V 408). c) Au vu de ce qui précède, la mère du demandeur ne saurait se voir octroyer une indemnité pour frais et dépens au sens de l'art. 19 LaCC, ni en tant que mandataire professionnellement qualifié, ni en tant qu'autre personne n'étant pas avocat. Le demandeur sera par conséquent débouté de sa conclusion y relative.

A/490/2011 - 25/25 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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