

GE_GERICHTE ATAS/1277/2012 vom 23. Oktober 2012

GE Cour de justice, 2012-10-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1277_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/1277/2012 du 23 octobre 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/1277/2012 del 23 ottobre 2012

Erwägungen

E. 15

Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 7 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 (CPC ; RS 292) et à 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

A/899/2012 - 6/11 - 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 à raison de la matière pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La demanderesse étant domiciliée à Genève, la Cour est également compétente à raison du lieu (art. 17 CPC, art. 29 al. 2 CGA de 2005). 2. La cause n'est pas soumise à une tentative obligatoire de conciliation (cf. ATAS/577/2011 du 31 mai 2011). Pour le surplus, la demande répond aux réquisits légaux de forme (art. 130, 244 CPC). Elle est donc recevable. 3. La procédure simplifiée s'applique (art. 243 al. 2 let. f CPC), et la Cour établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC). 4. À titre liminaire, il convient de se pencher sur la capacité pour défendre de MUTUEL ASSURANCES SA. a) La question de la qualité pour défendre relève, comme dans un procès civil, du fondement matériel de l'action (ATF non publié du 30 décembre 2003, B 59/03, consid. 3.2 et les références citées). A la qualité pour défendre, ou la légitimation passive, la personne qui est débitrice du droit matériel allégué. La légitimation passive relève ainsi du droit de fond puisqu'elle a trait au fondement matériel de l'action, mais elle n'emporte pas encore décision sur l'existence de la prétention de la demanderesse, que ce soit quant à son principe ou quant à la mesure dans laquelle elle la fait valoir. L'absence de légitimation passive conduit au rejet de la demande (ATF 111 V 342, consid. 1c, ATF 114 II 345, consid. 3a). Cela étant, il convient de ne pas perdre de vue que la notion de "droit matériel", reprise du droit privé, ou de "droits subjectifs", ne s'intègre pas bien dans la systématique propre du droit public, et elle ne correspond pas non plus aux besoins de protection judiciaire des particuliers à l'encontre de l'administration. Certes, par la décision, celle-ci entre dans un rapport juridique particulier avec tel ou tel administré. Mais elle est tenue par des obligations générales qui ont pour objet de déterminer le contenu de la décision : principes de la légalité, de l'intérêt public, de la proportionnalité, prohibition de l'arbitraire et de l'inégalité de traitement. Ces obligations sont générales, en ce qu'elles s'imposent à l'administration même en l'absence de tout subjectif correspondant (MOOR, Droit administratif, Vol. II, Berne 2002, pp. 619 ss). b) En l'occurrence, la demanderesse a assigné AVENIR, considérant qu'elle était débitrice des frais liés à son intervention chirurgicale du 21 novembre 2011. Elle a à cet égard expliqué qu'elle avait assigné AVENIR en lieu et place de MUTUEL car le libellé et le contenu des courriers échangés

avec AVENIR prêtaient à

A/899/2012 - 7/11 - confusion. Il y a en effet lieu de constater que ces deux entités sont membres du même groupe, ont leur siège au même endroit, et qu'AVENIR s'était prononcée seule sur le présent litige, avec son papier en-tête, alors que celui-ci relève en réalité de la sphère de MUTUEL. Ce n'est que dans le cadre du recours que MUTUEL s'est prononcée pour la première fois. En tant qu'elle est dirigée contre AVENIR, la demande en paiement devrait être rejetée, l'assurance maladie ne disposant pas de la légitimation passive. Toutefois, MUTUEL, dans sa réponse du 18 mai 2012, a tacitement acquiescé à une substitution des parties au sens de l'art. 6 CPC. Dans cette mesure, la Cour de céans admettra la demande en paiement en ce sens qu'elle est dirigée contre MUTUEL. 5. L'assurance en cause est soumise à la LCA, ce qui est confirmé par l'art. 1.2 CGA. 6. Le litige porte sur la prise en charge par l'assurance complémentaire d'hospitalisation de la demanderesse de son séjour en division semi-privée lors de sa réduction mammaire. 7. 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). 8. 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 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 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 qu'on ne peut ériger 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 résulter du but poursuivi par les parties ou d'autres circonstances que la lettre ne restitue pas exactement le sens de l'accord conclu (arrêt 5C.305/2001 du 28 février 2002, consid. 4b; ATF 127 III 444, A/899/2012 - 8/11 - 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 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 (ATF B 56/03 du 2 décembre 2003, consid. 3.6; ATF 122 III 124, consid. 2d). 9. Aux

termes de l'art. 33 LCA, l'assureur répond - sauf dispositions contraires - 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. Cette disposition est une concrétisation de l'adage *in dubio contra stipulatorem* (ATF 115 II 264, consid. 5a). Ainsi, une disposition qui limite le risque assuré n'est valable que si elle exclut de l'assurance certains événements de manière précise et non équivoque. Savoir si une telle condition est remplie dans le cas concret se détermine d'après le sens généralement donné dans le langage courant aux termes utilisés (ATF 116 II 189, consid. 2a). Il ne s'agit pas de s'en tenir d'emblée à la solution la plus favorable à l'assuré. Il est vrai néanmoins qu'une clause d'exclusion doit être interprétée restrictivement (ATF 5C.26/2004 du 14 avril 2004, consid. 3.1). En outre, il est exclu d'interpréter de manière isolée les divers éléments du contrat; chaque clause contractuelle doit être interprétée à partir du contrat dans son ensemble (ATF 5C.44/2004 du 21 mai 2004, consid. 2.1). Partant, lorsque les parties ont convenu de la définition à donner à un terme dans le contrat d'assurance ou dans les CGA, qui en font partie intégrante, c'est cette définition conventionnelle qui fait foi (Stephan FUHRER, Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, 2001, N° 106, ad art. 33 LCA). 10. En l'espèce, l'art. 4.2 des conditions générales de l'assurance maladie complémentaire prévoit une délimitation de la couverture en division semi-privée. Sont notamment exclus de l'assurance maladie et accidents les interventions de chirurgie plastique et reconstructive, à l'exclusion de la reconstruction mammaire, selon les conditions particulières des catégories d'assurance. 11. A la lumière des considérants qui précèdent, il convient d'interpréter les notions de reconstruction mammaire et de chirurgie plastique et reconstructive. Le Tribunal fédéral a exposé les principes applicables en matière de reconstruction mammaire dans un arrêt du 28 octobre 1985 (ATF 111 V 229). Il s'agissait du cas d'une assurée qui avait subi une mastectomie (ablation de la glande mammaire) radicale

A/899/2012 - 9/11 - du côté gauche et sollicitait la prise en charge de l'implantation d'une prothèse mammaire. Dans le contexte de la clause d'exclusion du cas d'espèce, on ne voit guère quelle autre signification pourrait revêtir la notion de reconstruction mammaire. Le cas de la demanderesse ne relève pas de cette définition, de sorte qu'elle ne devrait pas bénéficier de la couverture d'hospitalisation en division semi-privée. Elle ne l'allègue d'ailleurs pas, soulignant toutefois que l'intervention subie n'avait pas un but esthétique mais médical. Il ne s'agissait ainsi pas d'une simple chirurgie plastique mais bien d'une intervention nécessaire. Il convient ici de se pencher sur la notion de chirurgie plastique. Le Dictionnaire illustré des termes de médecine la définit comme la chirurgie destinée à corriger les déformations congénitales ou acquises. C'est donc une spécialité chirurgicale qui répare ou remodèle une structure tégumentaire ou une forme du corps humain. En l'espèce, si la Cour de céans s'accorde avec la demanderesse et AVENIR pour dire que la réduction mammaire qu'elle a subie ne relevait pas de considérations esthétiques mais bien médicales, il n'en demeure pas moins que cette intervention est exclue du champ d'application de l'assurance complémentaire, puisqu'il s'agit de chirurgie plastique. C'est ainsi à bon droit que MUTUEL a refusé de prendre en charge les frais d'hospitalisation en division semi-privée relatifs à cette opération. La Cour de céans invite toutefois la demanderesse à interpeller AVENIR, étant considéré que, le 11 novembre 2011, elle s'est engagée à prendre en charge les coûts correspondant à ceux pratiqués en division commune pour ce type d'intervention, déduction faite du montant de la franchise annuelle. À cet égard, la Cour de céans rappellera que la prise en charge par l'assurance obligatoire des

soins d'une réduction mammaire dépend - en plus des critères de l'efficacité, du caractère approprié et de l'économicité (art. 32 al. 1 LAMal) - de conditions dégagées par la jurisprudence sous l'empire de la LAMA qui ont continué à s'appliquer avec l'entrée en vigueur, au 1er janvier 1997, de la LAMal (RAMA 2000 n° KV 138 p. 360 consid. 3b). Aussi, l'opération de réduction du sein constitue une prestation à la charge des caisses-maladie si l'hypertrophie mammaire est à l'origine de troubles physiques ou psychiques ayant eux-mêmes valeur de maladie au sens juridique et que le but de l'intervention est d'éliminer ces atteintes secondaires. La présence de troubles pathologiques n'est pas en soi déterminante, mais bien le point de savoir si les troubles sont importants et que d'autres raisons, en particulier d'ordre esthétique, peuvent être écartées (ATF 121 V 213 consid. 4 et 5a; RAMA 1996 n° K 972 p. 3 consid. 4; ATFA non publié du 29 janvier 2001, K 171/00). Une indication médicale à une intervention est admise à partir du moment où une réduction de poids d'environ 500 grammes ou plus de chaque côté est envisagée ou exécutée et pour autant que l'assurée souffre de douleurs dues à l'hypertrophie et ne présente pas d'adiposité, le critère déterminant étant l'existence d'un lien de causalité entre l'hypertrophie et les troubles physiques ou psychiques (ATF 130 V 301 consid. 3, 121 V 211; ATFA non publié du 17 août 2005, K 4/04; voir aussi RAMA 2000 n° KV 138 p. 357).

A/899/2012 - 10/11 - 12. Au vu de ce qui précède, la demande doit être rejetée. Pour le surplus, il n'est pas alloué de dépens à la charge de la demanderesse (art. 17 al. 3 let. b de la loi d'application du code civil et du code des obligations du 7 mai 1981 [LaCC ; RS E 1 05]) ni perçu de frais judiciaires (art. 114 let. e CPC).

A/899/2012 - 11/11 - 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.