

## **GE\_GERICHTE ATAS/1448/2012 vom 30. November 2012**

GE Cour de justice, 2012-11-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1448\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1448_2012)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1448/2012 du 30 novembre 2012

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1448/2012 del 30 novembre 2012

### **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 dès 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 sociales prévue par la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal; RS 832.10), relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (LCA; RS 221.229.1). La compétence ratione materiae de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. b/aa) 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, la LFors 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.

A/2860/2011 - 7/12 -

b/bb) Le demandeur ayant son domicile dans le canton de Genève, la compétence ratione loci de la Cour de céans pour juger de la demande en paiement est par conséquent également donnée, puisque le remboursement de la prestation doit s'y opérer.

c) L'art. 197 CPC prévoit que la procédure au fond est précédée d'une tentative de conciliation devant une autorité de conciliation. L'art. 198 CPC mentionne 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.

À Genève, le Tribunal de première instance est l'autorité compétente pour la tentative de conciliation (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 partant 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 demande est directement recevable par-devant la Cour de céans.

d) Pour le surplus, la demande en paiement respecte les réquisits de recevabilité prévus par l'art. 59 CPC.

## **E. 2**

Le litige porte sur la question de savoir si l'assurance complémentaire DIVERSA doit ou non prendre en charge la totalité des frais de la cure thermique effectuée par le demandeur à Loèche-les-Bains durant deux semaines en 2011. Le demandeur n'a pas chiffré précisément ses conclusions. D'après les explications données par la défenderesse en audience, la valeur litigieuse est bien inférieure à 30'000 fr.

## **E. 3**

Pour les contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10), la procédure simplifiée s'applique quelle que soit la valeur

A/2860/2011 - 8/12 - litigieuse (art. 243 al. 2 CPC) et le tribunal établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC).

La maxime inquisitoire prévue par l'art. 247 al. 2 CPC correspond au concept de maxime inquisitoire sociale ou atténuée, ou encore simple, développé par la doctrine et la jurisprudence à propos des dispositions fédérales spéciales abrogées au 1er janvier 2011 (cf. notamment l'art. 274d CO en matière de bail et l'art. 343 CO en matière de contrat de travail; cf. également l'art. 85 al. 2 de la loi fédérale du 17 décembre 2004 sur la surveillance des entreprises d'assurances - LSA; RS 961.01). La maxime inquisitoire prévue par l'art. 247 al. 2 CPC implique la possibilité pour le juge de se fonder sur tous les faits pertinents et établis, même si les parties ne les ont pas invoqués; BOHNET, HALDY, JEANDIN, SCHWEIZER, TAPPY, op. cit., n. 16 ad art. 243 et n. 17, 22 et 23 ad art. 247 CPC). Le juge doit rechercher spontanément les faits, mais les parties sont tenues de collaborer activement à la procédure, notamment en lui présentant toutes les pièces nécessaires à l'appréciation du litige. Ce principe n'est pas une maxime officielle absolue, mais une maxime inquisitoire sociale. Le juge ne doit pas instruire d'office le litige lorsqu'une partie renonce à expliquer sa position. En revanche, il doit interroger les parties et les informer de leur devoir de collaboration et de production des pièces; il est tenu de s'assurer que les allégations et offres de preuves sont complètes uniquement lorsqu'il a des motifs objectifs d'éprouver des doutes sur ce point. L'initiative du juge ne va pas au-delà de l'invitation faite aux parties de mentionner leurs moyens de preuve et de les présenter. La maxime inquisitoire sociale ne permet pas d'étendre à bien plaire l'administration des preuves et de recueillir toutes les preuves possibles (ATF 130 III 102; ATF 125 III 231 consid. 4a p. 238). Par ailleurs, la maxime inquisitoire laisse le juge libre dans sa manière d'apprécier les preuves et ne lui interdit pas de renoncer à un moyen de preuve par appréciation anticipée. Ni la maxime inquisitoire, ni d'ailleurs le droit à la preuve d'une partie ne sont violés lorsque le juge refuse une mesure probatoire parce qu'il est déjà convaincu qu'une allégation de fait a été établie ou réfutée (en matière de droit à la preuve, ATF 129 III 18 consid. 2.6 et les arrêts cités). Le principe de la libre appréciation des preuves signifie que le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le

droit litigieux (ATF 4A\_253/2007 du 13 novembre 2007, consid. 4.2).

#### **E. 4**

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

A/2860/2011 - 9/12 - librement les dispositions statutaires ou réglementaires dans les branches d'assurances complémentaires qui relèvent de la liberté contractuelle des parties (ATF 124 V 201 consid. 3d; ATAS/1104/2006). Les conditions générales, lorsqu'elles ont été incorporées au contrat, en font partie intégrante; elles doivent être interprétées selon les mêmes principes que les autres dispositions contractuelles (ATF 133 III 675 consid. 3.3 et ATF 122 III 118 consid. 2a ainsi que les références). Les principes généraux de l'interprétation des contrats s'appliquent au contrat d'assurance, autant que la loi spéciale ne contient pas de dispositions particulières : l'art. 100 al. 1 LCA renvoie au droit des obligations (cf. ATF 118 II 342 consid. 1a). Il s'ensuit qu'en présence d'un litige sur l'interprétation d'une disposition contractuelle, le juge doit tout d'abord s'efforcer de déterminer la commune et réelle intention des parties, sans s'arrêter aux expressions ou dénominations inexactes dont elles ont pu se servir, soit par erreur, soit pour déguiser la nature véritable de la convention (art. 18 al. 1 CO).

#### **E. 5**

En l'espèce, d'après l'art. 4 CGA, sont assurables les conséquences économiques de la maladie, de la maternité et des accidents en complément à l'assurance obligatoire des soins selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) et de l'assurance-accidents selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA). Les prestations seront accordées en complément à celles de ces assurances obligatoires (art. 4.1). Les détails concernant les différentes assurances sont réglés dans les Conditions complémentaires d'assurance (CCA ; art. 4.2). Lorsqu'une maladie ou un accident donne probablement droit à des prestations, il y aura lieu de veiller aussi rapidement que possible à ce que des soins médicaux adéquats soient prodigués. L'assuré est tenu de se conformer aux prescriptions du médecin ou des autres fournisseurs de prestations (art. 26.1 CGA). L'art. 29 CGA prévoit que l'ordonnance médicale de cure doit être remise à l'assureur à temps avant le début de la cure avec indication de l'établissement de cure ou de la station thermale et de la date du début de la cure. D'après l'art. 5 CCA DIVERSA, pour les cures balnéaires stationnaires, effectuées sur prescription médicale dans une station thermale suisse dirigée par un médecin et correspondant à l'art. 40 LAMal, les prestations suivantes seront versées en sus des frais couverts par l'assurance obligatoire des soins durant 21 jours au maximum par année civile : 30 fr. par jour pour DIVERSA et 50 fr. par jour pour DIVERSA plus (art. 5.1 premier paragraphe). Ces prestations ne sont accordées que si la cure a été précédée d'un traitement intensif approprié et reconnu scientifiquement ou si un tel traitement ambulatoire ne peut être appliqué. De plus, un examen médical d'entrée doit avoir lieu au début de

A/2860/2011 - 10/12 - la cure et des mesures balnéologiques / physiothérapeutiques reconnues scientifiquement en Suisse doivent être effectuées selon le plan de cure (art. 5.2).

#### **E. 6**

a) En l'espèce, la défenderesse a refusé de prendre en charge la totalité des frais de la cure thermale (hormis les frais de physiothérapie et le montant relevant de l'assurance obligatoire des soins). La défenderesse estime que le demandeur aurait dû préalablement,

conformément à l'art. 5.2 CCA DIVERSA, entreprendre un traitement intensif approprié et reconnu scientifiquement, sous la forme de séances de physiothérapie en piscine, en ambulatoire. Le demandeur conteste ce point de vue, alléguant qu'il a pratiqué durant plusieurs années sans succès de la physiothérapie à sec contrairement à la cure thermale, qui donne chez lui d'excellents résultats et qu'il ne saurait se soumettre à de la physiothérapie ambulatoire en piscine dans une eau insuffisamment chauffée. b) Il convient de constater que les parties concordent sur l'interprétation de l'art. 5.2 CCA DIVERSA, lequel prescrit la subsidiarité d'une cure thermale par rapport à un traitement intensif approprié et reconnu scientifiquement. c) Force est de constater que l'art. 5.2 CCA ne soumet pas la prise en charge de la cure à la condition qu'elle soit ou non nécessaire ou même justifiée mais à celle qu'elle ait été précédée d'un traitement intensif approprié. Dans ces conditions, il est inutile de soumettre le demandeur à un examen médical tel qu'il le préconise, car l'utilité de la cure en question n'est pas contestée en tant que telle. Il convient bien plutôt d'examiner si elle a été précédée d'un « traitement intensif approprié » au sens des CCA. Il s'agit certes là d'une notion juridique indéterminée mais on relèvera que le médecin traitant lui-même a admis que 18 séances de physiothérapie à sec durant les six mois précédant la cure ne sauraient être qualifiées de « traitement intensif ». Le médecin traitant n'a pas non plus confirmé les allégations de son patient selon lesquelles de telles séances seraient contre-productives ou déconseillées. Pas plus qu'il n'a corroboré le fait qu'une physiothérapie ambulatoire en piscine non thermale devrait être évitée. On relèvera à cet égard qu'il existe dans le canton des piscines chauffées où peut se pratiquer la physiothérapie ambulatoire. Partant, force est de constater que la cure thermale de 2011 n'a pas été précédée d'un traitement intensif approprié au sens où l'entendent les CCA de la défenderesse. Il n'apparaît pas non plus, au vu des déclarations du Dr A \_\_\_\_\_, qu'un traitement intensif, comprenant des séances de physiothérapie à sec et en piscine, ne pouvait pas être appliqué, au sens de l'art. 5.2 CCA DIVERSA. Les conditions de prise en charge par l'assurance complémentaire DIVERSA ne sont dès lors, à l'évidence, pas réalisées, de sorte que le demandeur ne peut prétendre au remboursement des frais de sa cure thermale.

A/2860/2011 - 11/12 - C'est ainsi à bon droit que la défenderesse a refusé de prendre en charge les frais de la cure thermale du demandeur par le biais de l'assurance complémentaire DIVERSA. Mal fondée, la demande sera donc rejetée.

A/2860/2011 - 12/12 - 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.