

# **GE\_GERICHTE ATAS/228/2012 vom 29. Februar 2012**

GE Cour de justice, 2012-02-29, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_228\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_228_2012)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/228/2012 du 29 février 2012

IT: GE\_GERICHTE ATAS/228/2012 del 29 febbraio 2012

## **Erwägungen**

### **E. 1**

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 pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

La demande respecte la forme prévue par l'art. 89B de la loi sur la procédure administrative du canton de Genève du 12 septembre 1985 (LPA). Partant, elle est recevable.

### **E. 3**

Le litige porte sur la prise en charge par l'assurance-maladie complémentaire des factures du Dr A \_\_\_\_\_ de 1'500 fr., du Dr B \_\_\_\_\_ à concurrence de 111 fr. et des participations à la charge du demandeur dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, ainsi que les intérêts moratoires. En ce qui concerne le solde la facture du Dr B \_\_\_\_\_ de 1'039 fr. et la facture de la Clinique Générale de Beaulieu de 2'200 fr. 45, la demande est devenue sans objet, la défenderesse ayant finalement remboursé ces sommes.

### **E. 4**

a) L'art. 1 des conditions spéciales (CS) en complément des conditions générales d'assurance (CGA) dans l'assurance des frais d'hospitalisation (H) - édition 2007 - prévoit que CPT prend en charge les coûts d'un traitement hospitalier dans un hôpital pour soins aigus, une clinique de réadaptation ou dans une clinique psychiatrique en complément de l'assurance obligatoire des soins pour autant notamment que le médecin établisse ses décomptes sur la base des accords tarifaires reconnus par CPT. b) Selon l'art. 3 des conditions spéciales en complément des CGA dans l'assurance des soins Plus (AP) sont pris en charge, "90% du coût des médicaments selon enregistrement et indication de Swissmedic. En sont exclus tous les médicaments et produits figurant sur la "Liste des produits pharmaceutiques pour application spéciale (LPPA)", ceux de la médecine complémentaire ainsi que les produits dits de confort et les médicaments utilisés comme drogues de substitution." c) Les conditions spéciales en complément des CGA dans l'assurance Joker (X) - édition 2004 - stipulent aux art. 1 et 2 ce qui suit: "L'assurance Joker offre l'option de bénéficier de prestations des assurances complémentaires "Assurance des soins Plus (AP)" ou

A/67/2011 - 8/13 - "Assurance des frais d'hospitalisation (H)" ou "Assurance Natura (N)", même si l'assuré les a déjà conclues. Ce droit d'option est valable une fois par année civile

jusqu'à concurrence de la somme assurée et pour une prestation mentionnée dans les assurances complémentaires. Les conditions spéciales (CS) respectives sont déterminantes. L'assuré peut décider jusqu'au 31 mars de l'année subséquente pour quelle facture il entend faire intervenir l'assurance Joker. Il doit le faire par écrit en y joignant la facture."

#### **E. 5**

En l'espèce, le demandeur bénéficie des assurances complémentaires précitées (Joker, des soins Plus, Natura et des frais d'hospitalisation). L'assurance des frais d'hospitalisation prévoit une franchise de 5'000 fr. Il a adressé à la défenderesse les notes d'honoraires pour lesquelles il souhaitait faire valoir son droit d'option par écrit, les 16 octobre et 28 novembre 2010, soit avant le 31 mars 2011, terme utile consacré par l'art. 2 des CS relatives à l'assurance complémentaire Joker. Auparavant, sa mère avait également contacté la défenderesse, d'abord par téléphone, puis par courrier du 12 septembre 2010. À cette occasion, elle avait implicitement demandé l'activation de l'assurance Joker. La défenderesse a expliqué qu'il fallait demander l'activation de cette assurance dès avant la comptabilisation des factures. A posteriori, il n'était plus possible de le faire valoir, exception faite des factures en tiers payant, reçues directement des prestataires de soins. Dans ce cas particulier, la demande d'activation de l'assurance Joker devait être formulée à réception du décompte de prestations. Par ailleurs, une hospitalisation devait être considérée comme une seule prestation, même si elle donnait lieu à plusieurs factures et le délai fixé au 31 mars de l'année suivante devait être considéré comme un terme utile.

#### **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 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

A/67/2011 - 9/13 - 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 (arrêt du Tribunal fédéral 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 du Tribunal fédéral 5C.305/2001 du 28 février 2002, consid. 4b; ATF 127 III 444, consid. 1b).

Enfin, 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") (arrêt du Tribunal fédéral 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 (arrêt du Tribunal fédéral B 56/03 du 2 décembre 2003, consid. 3.6; ATF 122 III 124, consid. 2d).

#### **E. 7**

En l'occurrence, il ne ressort d'aucune disposition des CS que l'assuré est tenu de formuler sa demande d'activation Joker avant la prestation caractéristique ou au moment où il envoie la facture ou encore lorsqu'il reçoit le décompte des prestations de son assurance dans le système du tiers-payant. Il est uniquement stipulé que la demande doit être formulée par écrit, avant le 31 mars de l'année subséquente, et qu'elle doit être accompagnée de la facture sur laquelle l'assuré souhaite activer son Joker. À la lecture des CS, on comprend que l'assuré peut, pendant une année civile jusqu'au 31 mars de l'année subséquente, choisir pour quelle facture, respectivement intervention selon l'interprétation de la défenderesse, il désire activer l'assurance Joker. Rien n'indique non plus qu'une fois la note d'honoraires envoyée à l'assurance, l'assurance Joker ne peut plus être activée. Par ailleurs, lorsqu'un assuré ne subit qu'une seule intervention dans l'année, il pourrait certes faire valoir son droit immédiatement. Toutefois, il ne peut prévoir à l'avance combien d'interventions il subira dans une année civile, surtout au début de l'année.

A/67/2011 - 10/13 - En cas de pluralités d'interventions, les art. 1 et 2 CS donnent à croire qu'il lui est alors loisible de faire son choix jusqu'à la date butoir. Il s'ensuit que l'interprétation de la défenderesse est contraire à la lettre claire des dispositions contractuelles, de sorte qu'elle ne peut être retenue. Dès lors que le demandeur a sans équivoque demandé par écrit l'activation de l'assurance complémentaire Joker avant le 31 mars 2011 pour son hospitalisation du 16 au 18 juin 2010, il convient de constater qu'il a satisfait aux CS de l'assurance Joker en question. Il appartient ainsi à la défenderesse de prendre en charge les frais de l'hospitalisation en cause

#### **E. 8**

Reste à déterminer l'étendue des prestations couvertes par les assurances complémentaires.

a) La facture du Dr A\_\_\_\_\_ d'un montant de 1'500 fr. n'est pas couverte par l'assurance obligatoire des soins et émerge à l'assurance complémentaire. A ce titre, la défenderesse devra donc l'assumer. Toutefois, selon l'art. 1 de l'assurance des frais d'hospitalisation (H), CPT prend en charge les coûts d'un traitement hospitalier dans un hôpital pour soins aigus pour autant que l'hôpital figure sur la liste des hôpitaux du canton d'implantation, qu'il possède un mandat de prestations pour le traitement prévu et que l'hôpital et le médecin établissent leurs décomptes sur la base d'accords tarifaires reconnus par CPT (al. 2). Si ces conditions ne sont pas remplies, il n'y a aucun droit aux prestations. En l'occurrence, il résulte de la comparaison des tarifs que le Dr A\_\_\_\_\_ a effectivement pratiqué des honoraires plus élevés que ceux admis par la défenderesse. Il s'ensuit que c'est à juste titre que la défenderesse a mis à la charge du demandeur la

différence entre les tarifs applicables par les assureurs et ceux appliqués par le praticien, soit la somme de 110 fr. Le demandeur n'a donc droit au remboursement de cette facture qu'à raison de 1'390 fr. b) En ce qui concerne la facture du Dr B\_\_\_\_\_ du 1er juillet 2010, la défenderesse a finalement admis l'activation du Joker sur une partie de la facture totale de 1'150 fr., mais a mis un montant de 111 fr. à la charge du demandeur, au motif que les honoraires de ce praticien dépassent les tarifs admis par cette assurance. Il est exact que la différence entre les tarifs applicables par la défenderesse et ceux facturés par le praticien est de 111 fr. C'est donc à juste titre que la défenderesse a mis à la charge du demandeur cette différence

A/67/2011 - 11/13 - c) S'agissant des quotes-parts LAMal de 10 % que la défenderesse a mis à la charge du demandeur, l'art. 64 al. 8 LAMal prescrit que la participation aux coûts ne peut être assurée ni par une caisse-maladie ni par une institution d'assurance privée. Il est également interdit aux associations, aux fondations ou à d'autres institutions de prévoir la prise en charge de ces coûts. La défenderesse était dès lors en droit de refuser de couvrir par l'assurance-maladie complémentaire la quote-part de 10 % des soins liés à l'assurance obligatoire, soit les factures de la Clinique Générale Beaulieu pour 138 fr. 50, du laboratoire VIOLLIER pour 16 fr. 25, du Dr A\_\_\_\_\_ pour 23 fr. 85 et de la pharmacie des Crêts-de-Champel pour 15 fr. 35.

#### **E. 9**

Au vu de ce qui précède, la demande sera partiellement admise, dans la mesure où elle n'est pas devenue sans objet, et la défenderesse condamnée à verser au demandeur la somme de 1'390 fr.

#### **E. 10**

a) S'agissant des intérêts moratoires, l'art. 41 al. 1 LCA dispose que la créance qui résulte du contrat est échue quatre semaines après le moment où l'assureur a reçu les renseignements de nature à lui permettre de se convaincre du bien-fondé de la prétention. La LCA ne contient toutefois pas de dispositions sur la demeure, laquelle est dès lors régie, en vertu de l'art. 100 al. 1 LCA, par les art. 102 ss CO. Le débiteur d'une obligation est en demeure par l'interpellation du créancier (art. 102 al. 1 CO); lorsque le jour de l'exécution a été déterminé d'un commun accord, ou fixé par l'une des parties en vertu d'un droit à elle réservé et au moyen d'un avertissement régulier, le débiteur est mis en demeure par la seule expiration de ce jour (art. 102 al. 2 CO). L'intérêt moratoire - de 5 % l'an (art. 104 al. 1 CO) - est dû à partir du jour suivant celui où le débiteur a reçu l'interpellation (ATF 103 II 102 consid. 1a) ou, en cas d'ouverture d'une action en justice, dès le lendemain du jour où la demande en justice a été notifiée au débiteur (ATF 98 II 23 consid. 7; THEVENOZ, in Commentaire romand du Code des obligations I, n° 9 ad art. 104 CO). Une exception à l'exigence d'une interpellation est admise par la doctrine et la jurisprudence notamment lorsque le débiteur, même avant l'exigibilité de la dette, déclare ou manifeste par son attitude sans ambiguïté qu'il refuse ou n'est pas en mesure de s'exécuter, en application par analogie de l'art. 108 ch. 1 CO, selon lequel, dans les contrats bilatéraux, la fixation d'un délai pour l'exécution du contrat, permettant de le résilier ou de demander des dommages intérêts (art. 107 CO), n'est pas nécessaire, lorsqu'il ressort de l'attitude du débiteur que cette mesure serait sans effet. Cependant, la sommation avec fixation de délai ne peut être évitée que si elle n'a aucun sens; tel est le cas si le refus du débiteur de s'exécuter apparaît clair et définitif. En revanche, ne sont pas suffisants la demande du débiteur tendant à l'octroi d'un

délai, son affirmation qu'il ne peut s'exécuter pour l'instant ou les

A/67/2011 - 12/13 - doute qu'il pourrait émettre quant à la validité du contrat (ATF 110 II 141 consid. 1b p. 143 s.; THEVENOZ, op. cit., n° 31). b) En l'occurrence, il convient d'admettre que le refus de la défenderesse de rembourser la facture du Dr A \_\_\_\_\_ du 18 juin 2010 paraît définitif après que le demandeur a formellement demandé l'activation de l'assurance Joker pour l'intervention en cause en date du 16 octobre 2010 et que celle-ci l'a refusée par courrier du 15 novembre 2010. Partant, pour cette facture, il y a lieu d'admettre que la défenderesse est en demeure depuis cette date. En ce qui concerne la facture du Dr B \_\_\_\_\_ du 1er juillet 2010, il semble que le recourant ne l'ait transmise qu'en annexe à son courrier du 28 novembre 2010. La défenderesse ayant refusé la prise en charge par courrier du 28 décembre 2010, les intérêts moratoires commencent à courir dès cette date sur le solde de cette facture de 1'039 fr. et cela jusqu'à son paiement le 10 mars 2011. Le montant des intérêts moratoires s'élève ainsi à 10 fr. 20 pour 72 jours. Enfin, en ce qui concerne la facture de la Clinique Générale de Beaulieu de 2'200 fr. 45, la défenderesse l'a payée directement à cet établissement, de sorte qu'aucun intérêt moratoire n'est dû au demandeur sur cette somme.

#### **E. 11**

Au vu de ce qui précède, la défenderesse sera donc condamnée à verser au demandeur la somme de 1'390 fr. avec intérêts à 5% l'an dès le 15 novembre 2010.

#### **E. 12**

S'agissant enfin des dépens, le Tribunal fédéral considère que la partie qui obtient gain de cause et qui n'est pas représentée par un avocat ou une autre personne qualifiée n'a qu'exceptionnellement droit à des dépens. Pour que l'on puisse admettre une telle exception, il faut notamment que l'affaire soit complexe, qu'elle porte sur un objet litigieux élevé, que la sauvegarde des intérêts de l'intéressé ait nécessité une grande dépense de temps, qui dépasse la mesure de ce qu'un particulier peut ordinairement et raisonnablement prendre sur lui, et que le rapport entre le temps consacré et le résultat de cette sauvegarde soit proportionné (VSI 2000/6 p. 337 consid. 5 ; ATF 110 V 134 consid. 4d ; RCC 1984 p. 278 ; ATF non publié du 11 décembre 2001, K 10/99 consid. 6). En l'espèce, il n'apparaît pas que le demandeur ait consacré énormément de temps à la sauvegarde de ses intérêts, l'objet du litige n'étant pas, en soi, élevé, de sorte qu'il n'a pas droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens. S'agissant enfin des frais afférents à l'obtention d'un délai supplémentaire pour la déclaration d'impôts, ils ne se rapportent pas à la défense du demandeur dans la présente procédure. Partant, il ne peut prétendre à leur remboursement.

#### **E. 13**

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA).

A/67/2011 - 13/13 - 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.