

## **GE\_GERICHTE ATAS/487/2018 vom 4. Juni 2018**

GE Cour de justice, 2018-06-04, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_487\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_487_2018)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/487/2018 du 4 juin 2018

IT: GE\_GERICHTE ATAS/487/2018 del 4 giugno 2018

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Conformément à l'art. 7 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 (CPC - RS 272) et à l'art. 134 al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - 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 loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10) et relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA - RS 221.229.1). Selon la police d'assurance, le contrat est régi par la LCA. L'art. 41 al. 2 des conditions générales pour les assurances maladie et accidents complémentaires dans leur édition du 1er septembre 2011 (ci-après les CGA), en cas

A/368/2017 - 8/15 - de contestation, le preneur d'assurance ou l'ayant droit peut choisir soit les tribunaux de son domicile suisse, soit ceux du siège de l'assureur. Le demandeur ayant son domicile à Genève, la chambre de céans est compétente tant à raison de la matière que du lieu pour connaître de la présente demande.

#### **E. 2**

La loi fédérale sur la surveillance des entreprises d'assurance du 17 décembre 2004 (LSA - RS 961.01) ne contient pas de règles spécifiques concernant les délais relatifs aux contestations de droit privé qui s'élèvent entre les entreprises d'assurance et les assurés. 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 prévues en tant qu'exceptions à l'art. 198 CPC. Selon le Tribunal fédéral, c'est par inadvertance manifeste que le législateur n'a 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. Partant, la procédure de conciliation n'a pas lieu dans les litiges portant sur les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale lorsque les cantons ont prévu une instance cantonale unique selon l'art. 7 CPC (ATF 138 III 558 consid. 4.5 et 4.6). On précisera que le législateur genevois a fait usage de cette possibilité (art. 134 al. 1 let. c LOJ). Par conséquent, la demande, déposée dans la forme prévue à l'art. 244 CPC, est recevable.

### **E. 3**

Le litige porte sur le droit du demandeur au remboursement de l'intervention réalisée par le Pr B \_\_\_\_\_ et de ses frais d'avocat avant procès.

### **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 librement les dispositions statutaires ou réglementaires dans les branches d'assurances complémentaires qui relèvent de la liberté contractuelle des parties hormis quelques dispositions impératives en matière d'indemnités journalières (ATF 124 V 201 consid. 3d). Le droit aux prestations d'assurances se détermine sur la base des dispositions contractuelles liant l'assuré et l'assureur, en particulier des conditions générales ou spéciales d'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 5C.253/2000 du 6 mars 2001 consid. 4a).

A/368/2017 - 9/15 -

### **E. 5**

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) (arrêt du Tribunal fédéral 5C.208/2006 du 8 janvier 2007 consid. 2.1). 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 132 III 268 consid. 2.3.2). 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). On s'en tiendra à l'usage général et quotidien de la langue, sous réserve des acceptions techniques propres au risque envisagé (ATF 118 II 342 consid. 1a). 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. Partant, lorsque les parties, dans le contrat d'assurance ou dans les conditions générales d'assurance qui en font partie intégrante, ont convenu de la définition à donner à un terme, c'est cette définition conventionnelle qui fait foi (arrêt du Tribunal fédéral non publié 5C.44/2004 du 21 mai 2004 consid. 2.1). Lorsqu'un assureur, au moment de conclure, présente des conditions générales, il manifeste la volonté de s'engager selon les termes de ces conditions; lorsqu'une volonté réelle concordante n'a pas été constatée, il faut se demander comment le destinataire de cette manifestation de volonté pouvait la comprendre de bonne foi (ATF 135 III 410 consid. 3.2). La jurisprudence a nuancé le principe selon lequel il y aurait lieu de recourir à des règles d'interprétation uniquement si les termes de l'accord passé entre parties laissent planer un doute ou sont peu clairs. 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. Il ressort de l'art. 18 al. 1 CO que le sens d'un texte, même clair, n'est pas forcément déterminant et que l'interprétation purement littérale est au contraire prohibée. Même si la teneur d'une clause contractuelle paraît claire à première vue, il peut

résulter d'autres conditions du contrat, du but poursuivi par les parties ou d'autres circonstances que le texte de ladite clause ne restitue pas exactement le sens de l'accord conclu (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 »)

A/368/2017 - 10/15 - (ATF 122 III 118 consid. 2a ; arrêt du Tribunal fédéral 5C.208/2006 du 8 janvier 2007 consid. 3.1). 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 118 II 342 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 56/03 du 2 décembre 2003 consid. 3.6). Il ne s'agit pas, au demeurant, de s'en tenir d'emblée à la solution la plus favorable à l'assuré (ATF 126 V 499 consid. 3b).

## **E. 6**

En l'espèce, l'art. 18 ch. 1 CGA, intitulé Exclusions de prestations, dispose qu'il n'y a pas de couverture d'assurance pour les maladies, les accidents et leurs suites qui existaient déjà au moment de la conclusion du contrat ou qui font l'objet d'une réserve (let. a); pour les maladies, les accidents et leurs suites après extinction du contrat d'assurance, ceci également lorsque des prestations ont été servies au cours de la durée d'assurance (let. b); pour les interventions destinées à corriger ou à éliminer des défauts ou des imperfections physiques relevant de l'esthétique, à moins qu'elles ne soient nécessitées par un événement assuré, les cures de rajeunissement, les traitements par implants tissulaires ou cellulaires (let. c); en cas de suicide, de mutilation volontaire et de tentatives de l'un ou de l'autre (let. d); pour les traitements dentaires, pour autant qu'une couverture ne soit pas expressément prévue dans les divers produits d'assurance (let. e) ; pour les dommages à la santé résultant de l'action des rayons ionisants et les dommages causés par l'énergie atomique (let. f); pour les coûts d'un traitement inefficace, inadéquat ou non économique. Par inefficace, on entend un traitement dont l'efficacité n'a pas été démontrée selon des méthodes scientifiques. Par inadéquat, on entend un traitement qui est contre-indiqué ou non adapté, ou lorsque l'indication médicale n'est pas clairement établie. Par non économique, on entend un traitement qui aurait pu être remplacé par un autre traitement meilleur marché, ou s'il est inutile (let. g) ; pour les suites d'événements de guerre (let. h). Aux termes de l'art. 20 CGA, toutes les prestations sont accordées en complément aux prestations des assureurs étrangers et suisses, sociaux et privés, en particulier de l'assurance obligatoire des soins. En cas de double assurance privée, les prestations sont accordées à titre subsidiaire aux prestations de l'autre assureur, sauf si les conditions d'assurance de l'autre contiennent également une clause de subsidiarité ; dans ce cas, les règles de la double assurance s'appliquent (ch. 1). Dès la survenance de l'éventualité assurée, l'assureur est subrogé, jusqu'à concurrence des prestations fournies, aux droits de l'assuré contre tout tiers responsable. L'assureur n'est pas lié par les accords passés entre l'assuré et les tiers tenus à prestations (ch. 2). A défaut de couverture de l'assurance obligatoire des soins au sens de la LAMal, les prestations du contrat d'assurance sont versées dans la même mesure que si une telle couverture existait.

A/368/2017 - 11/15 - L'art. 23 CGA prévoit que seuls les soins dispensés par des fournisseurs de prestations reconnus, à savoir les personnes et les établissements définis par la législation sur l'assurance-maladie, sont pris en charge par l'assureur (ch. 1). Les autres fournisseurs reconnus sont énumérés dans les conditions particulières de chaque produit (ch. 2). L'art. 36 CGA ch. 1 confère à l'assureur le droit d'adapter les conditions de chaque produit notamment lorsqu'il y a des modifications importantes dans les domaines ci-après: développement de la médecine moderne (let. a); établissement de formes de thérapies nouvelles ou onéreuses, comme par exemple les techniques opératoires, médicaments et autres cas similaires (let. b); élargissement du nombre ou établissement de nouveaux genres de fournisseurs de prestations (let. c); évolution du catalogue des prestations dans la LAMal (let. d).

#### **E. 7**

Les conditions particulières de l'assurance complémentaire Global Solution (ci- après les CPA) dans leur version du 1er janvier 2015, indiquent à leur ch. 1 que le but de cette assurance est de fournir aux assurés des prestations spécifiques en complément à l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal. Les prestations du produit Global Solution sont octroyées en cas de maladie, d'accident et de maternité (art. 2). L'art. 5 CPA circonscrit les prestations assurées. S'agissant des traitements stationnaires, il prévoit notamment le libre choix en Suisse selon le niveau choisi, d'un établissement hospitalier en soins généraux ou psychiatriques, pour les maladies de type aigu ; ainsi que la prise en charge des coûts des traitements reconnus par la LAMal, des frais hôteliers à l'hôpital et des honoraires des médecins, selon la convention passée avec l'assureur ou la réglementation tarifaire cantonale. Les dispositions précitées avaient la même teneur dans l'édition du 1er septembre 2011 des CPA.

#### **E. 8**

L'issue du litige dépend du point de savoir si les CGA et les CPA limitent la prise en charge aux prestations prodiguées en lien avec un traitement reconnu au sens de la LAMal. a) Il convient en préambule de rappeler qu'aux termes de l'art. 32 al. 1 LAMal, les prestations mentionnées aux articles 25 à 31 doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques (ATF 128 V 54 consid. 2). Selon l'art. 33 al. 1 LAMal, le Conseil fédéral peut désigner les prestations fournies par un médecin ou un chiropraticien, dont les coûts ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins ou le sont à certaines conditions. Cette disposition se fonde sur la présomption que médecins et chiropraticiens appliquent des traitements et mesures qui répondent aux conditions posées par l'art. 32 al. 1 LAMal. D'après l'art. 33 al. 3 LAMal, le Conseil fédéral détermine également dans quelle mesure l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts d'une

A/368/2017 - 12/15 - prestation nouvelle ou controversée, dont l'efficacité, l'adéquation ou le caractère économique sont en cours d'évaluation. Le Département fédéral de l'intérieur (DFI), auquel le Conseil fédéral a délégué à son tour les compétences susmentionnées, a promulgué l'ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS - RS 832.112.31) (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_328/2016 du 10 octobre 2016 consid. 3.2). L'annexe 1 à l'OPAS contient une liste non exhaustive des prestations fournies par les médecins, à la charge ou non de l'assurance-maladie. Elle indique notamment les prestations dont l'efficacité, l'adéquation

ou le caractère économique ont été examinés par la Commission des prestations et des principes et dont les coûts sont pris en charge, le cas échéant à certaines conditions, ou ne sont pas pris en charge. Conformément au chiffre 9.3 de ladite ordonnance, la discectomie percutanée par fluoroscopie et contrôle CT n'est pas à charge de l'assurance obligatoire des soins. b) En ce qui concerne les CGA, il sied de souligner en premier lieu que bon nombre de procédures, traitements et soins médicaux ne donnent pas droit aux prestations conformément à leur art. 18. Ainsi, contrairement à ce que semble alléguer le demandeur, on ne saurait considérer que toute prestation médicale est couverte sans conditions et dans la mesure non prise en charge au titre de la LAMal par les assurances complémentaires régies par ces CGA. L'art. 18 let. g CGA exclut en particulier que des prestations soient versées en cas de traitement dont l'efficacité ou l'adéquation n'a pas été démontrée, ou qui n'est pas économique. Or, comme cela ressort a contrario des dispositions précitées de la LAMal et de la jurisprudence, l'exclusion d'un traitement prodigué par un médecin dans l'OPAS signifie que les trois conditions cumulatives du droit au traitement médical selon la LAMal – soit l'efficacité, l'adéquation et l'économicité – ne sont pas toutes réalisées. Si l'on se réfère aux explications du Pr B. \_\_\_\_\_ du 18 décembre 2017, il semble d'ailleurs que la mention de la discectomie percutanée dans la liste des prestations non remboursées par l'assurance obligatoire des soins résulte de l'absence d'études scientifiques démontrant son efficacité. Partant, l'art. 18 let. g CGA subordonne le droit aux prestations de l'assurance complémentaire aux mêmes conditions que celles prévues par la LAMal, même s'il ne s'y réfère pas expressément. Cela a pour corollaire que seuls les traitements à charge de l'assurance obligatoire des soins peuvent ouvrir un droit aux prestations des assurances complémentaires. c) L'exégèse des CPA ne permet pas d'aboutir à un autre résultat. En effet, elles prévoient à leur art. 1 que les prestations relevant de la couverture Global Solution sont fournies en complément aux soins selon la LAMal. Selon les dictionnaires Larousse et Reverso en ligne, le terme « complément » désigne « ce qui peut ou doit être ajouté afin de compléter ». Le site wiktionary définit ce mot comme « ce qui s'ajoute ou doit s'ajouter à une chose pour la rendre entière, complète ». Ainsi,

A/368/2017 - 13/15 - au plan littéral, la notion « en complément » suppose un élément qui s'ajoute à une base existante, qui consiste en l'espèce en la part des traitements et frais subis remboursée par la LAMal. L'art. 20 ch. 3 CGA tend également à confirmer le caractère complémentaire, au sens de partiel, de la couverture Global Solution, dès lors que cette disposition précise que seuls les montants excédant les remboursements de la LAMal sont couverts, et ce même si l'assuré ne dispose pas d'une assurance obligatoire de soins. En d'autres termes, contrairement à ce qu'affirme le demandeur, la notion « en complément à » doit être comprise en ce sens que les prestations versées par l'assurance complémentaire s'ajoutent à une prise en charge partielle – fût-elle théorique – au titre de l'assurance obligatoire, ce qui implique que le traitement de base soit à la charge de la LAMal. Enfin, l'art. 5 CPA confirme cette analyse. Il stipule en effet expressément que sont pris en charge les traitements reconnus par la LAMal s'agissant des prestations couvertes par l'assurance privée en matière de traitements stationnaires. Cette disposition ne laisse ainsi guère d'ambiguïté quant au fait que seules les prestations hospitalières et les honoraires en lien avec des interventions couvertes par l'assurance obligatoire sont à la charge de la défenderesse. Ainsi, quand bien même les explications que la défenderesse a données le 14 février 2018 au sujet de la couverture Global Solution sont sibyllines, les CGA et les CPA sont quant à elles sans équivoque quant à la portée de cette couverture lorsque le traitement de base n'est pas à la charge de l'assurance-maladie. Partant, son refus de prester est fondé.

### **E. 9**

Le demandeur a sollicité l'audition du Pr B\_\_\_\_\_. Dans la mesure où cette mesure vise à établir que la discectomie percutanée qu'il a pratiquée est habituellement remboursée par les assureurs-maladie, la chambre de céans n'y donnera pas suite, par appréciation anticipée des preuves (ATF 138 III 374 consid. 4.3.2). En effet, la pratique d'autres assureurs-maladie est sans pertinence s'agissant des prétentions fondées sur une police d'assurance privée, lesquelles s'analysent à l'aune de l'accord conclu par les parties. De plus, dans l'hypothèse où le Pr B\_\_\_\_\_ aurait donné des informations erronées sur la prise en charge du traitement par l'assurance-maladie au demandeur, il ne s'agit pas là d'un élément opposable à la défenderesse. La chambre de céans n'a ainsi pas à se pencher sur ce point dans la présente procédure, étant rappelé que l'obligation d'informer du médecin, notamment quant aux aspects financiers et asséurologiques du traitement, découle tant du droit à l'intégrité personnelle du patient que des obligations contractuelles du médecin (ATF 133 III 121 consid. 4.1.1 et 4.1.2. et arrêt du Tribunal fédéral 4A\_487/2016 du 1er février 2017 consid. 3.2) dont elle ne connaît pas.

### **E. 10**

La demande doit dès lors être rejetée.

A/368/2017 - 14/15 - Il n'est pas alloué de dépens à la charge du demandeur (art. 22 al. 3 let. b de la loi d'application du code civil suisse et d'autres lois fédérales en matière civile du

### **E. 11**

octobre 2012 [LaCC - E 1 05]) ni perçu de frais judiciaires (art. 114 let. e CPC).

A/368/2017 - 15/15 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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