

# **GE\_GERICHTE ATAS/543/2021 vom 1. Juni 2021**

GE Cour de justice, 2021-06-01, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_543\\_2021](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_543_2021)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/543/2021 du 1 juin 2021

IT: GE\_GERICHTE ATAS/543/2021 del 1 giugno 2021

## **Erwägungen**

### **E. 1**

a. 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), 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 LCA. À teneur des conditions générales (CGA) et spéciales (CSA) d'assurance produites par le demandeur, ce dernier était lié à la défenderesse par un contrat d'assurance complémentaire « OPTIMA+ » soumis à la LCA (art. 2 des CGA). La chambre de céans est donc compétente à raison de la matière pour statuer sur la demande.

A/904/2020 - 9/19 - b. S'agissant de la compétence à raison du lieu, l'art. 46a LCA prescrit que le for se définit selon la loi du 24 mars 2000 sur les fors (LFors) qui a été abrogée au 1er janvier 2011 par l'entrée en vigueur du CPC, auquel il convient désormais de se référer. Sauf disposition contraire de la loi, pour les actions dirigées contre les personnes morales, le for est celui de leur siège (art. 10 al. 1 let. b CPC), étant précisé que l'art. 17 al. 1 CPC consacre la possibilité d'une élection de for écrite. L'art. 26.2 des CGA de la défenderesse prescrit qu'en cas de contestation, l'ayant droit peut ouvrir action contre INTRAS auprès des tribunaux compétents de son domicile en Suisse ou auprès de ceux du siège d'INTRAS à Lausanne. En l'occurrence, le demandeur étant domicilié dans le canton de Genève, la chambre de céans est compétente à raison du lieu pour connaître de la demande. c. Pour le reste, la demande respecte les conditions formelles prescrites par les art. 130 et 244 CPC ainsi que les autres conditions de recevabilité prévues par l'art. 59 CPC, de sorte qu'elle est recevable.

#### **E. 1.1**

La présente assurance complémentaire permet de couvrir les frais supplémentaires de traitement et de pension en cas de séjour hospitalier, selon la variante assurée (division privée – chambre à un lit ou semi-privée – chambre à plus d'un lit), dans un établissement hospitalier public ou privé.

#### **E. 1.2**

Elle garantit également des contributions pour certains autres frais en rapport avec une hospitalisation, aux conditions des articles ci-après. Art. 2 Choix de l'établissement hospitalier

### **E. 2**

Les litiges relatifs aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie ne sont pas soumis à la procédure de conciliation préalable de l'art. 197 CPC lorsque les cantons ont

prévu une instance cantonale unique selon l'art. 7 CPC (ATF 138 III 558 consid. 4.5 et 4.6 ; ATAS/577/2011 du 31 mai 2011), comme c'est le cas dans le canton de Genève (art. 134 al. 1 let. c LOJ).

### **E. 2.1**

Sauf cas d'urgence, l'assuré peut choisir librement un établissement hospitalier public ou privé parmi ceux figurant sur la liste des établissements reconnus par un canton (planification cantonale).

### **E. 2.2**

L'assuré doit choisir librement un établissement hospitalier ou une division d'établissement correspondant au type de soins dont il a besoin. Art. 3 Séjours hospitaliers

En cas d'hospitalisation, INTRAS prend en charge selon la couverture convenue (privée ou semi-privée) la totalité des frais de traitement et de pension, sans limite de durée ni de montant, sous réserve des cas prévus aux articles 4, 5 et 6 des présentes conditions.

### **E. 3**

a. La procédure simplifiée s'applique aux litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal (art. 243 al. 2 let. f CPC) et la chambre de céans établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC). La jurisprudence applicable avant l'introduction du CPC, prévoyant l'application de la maxime inquisitoire sociale aux litiges relevant de l'assurance-maladie complémentaire, reste pleinement valable (ATF 127 III 421 consid. 2). Selon cette maxime, le juge doit établir d'office les faits, mais les parties sont tenues de lui présenter toutes les pièces nécessaires à l'appréciation du litige. 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 plaisir l'administration des preuves et de recueillir toutes les preuves possibles (ATF 125 III 231 consid. 4a). b. La maxime inquisitoire sociale ne modifie pas la répartition du fardeau de la preuve (arrêt du Tribunal fédéral 4C.185/2003 du 14 octobre 2003 consid. 2.1). Pour toutes les prétentions fondées sur le droit civil fédéral, l'art. 8 du Code civil suisse, du 10 décembre 1907 (CC ; RS 210), en l'absence de règles contraires, répartit le fardeau de la preuve et détermine, sur cette base, laquelle des parties doit assumer les conséquences de l'échec de la preuve (ATF 133 III 323 consid. 4.1 non

A/904/2020 - 10/19 - publié ; ATF 130 III 321 consid. 3.1 ; ATF 129 III 18 consid. 2.6 ; ATF 127 III 519 consid. 2a). c. En vertu de l'art. 8 CC, chaque partie doit, si la loi ne prescrit le contraire, prouver les faits qu'elle allègue pour en déduire son droit. En conséquence, la partie qui fait valoir un droit doit prouver les faits fondant ce dernier, tandis que le fardeau de la preuve relatif aux faits supprimant le droit, respectivement l'empêchant, incombe à la partie, qui affirme la perte du droit ou qui conteste son existence ou son étendue. Cette règle de base peut être remplacée par des dispositions légales de fardeau de la preuve divergentes et doit être concrétisée dans des cas particuliers (ATF 128 III 271 consid. 2a/aa avec références). Ces principes sont également applicables dans le

domaine du contrat d'assurance (ATF 130 III 321 consid. 3.1). La partie qui n'a pas la charge de la preuve a le droit d'apporter une contre-preuve. Elle cherchera ainsi à démontrer des circonstances propres à faire naître chez le juge des doutes sérieux sur l'exactitude des allégations formant l'objet de la preuve principale. Pour que la contre-preuve aboutisse, il suffit que la preuve principale soit ébranlée, de sorte que les allégations principales n'apparaissent plus comme les plus vraisemblables (ATF 130 III 321 consid. 3.4). Le juge doit procéder à une appréciation d'ensemble des éléments qui lui sont apportés et dire s'il retient qu'une vraisemblance prépondérante a été établie (ATF 130 III 321 consid. 3.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A\_61/2011 du 26 avril 2011 consid. 2.1.1).

#### **E. 4**

Est litigieuse la prise en charge par la défenderesse, au titre de l'assurance-maladie complémentaire (OPTIMA+), des honoraires des médecins intervenus lors de l'opération du 17 juillet 2019. Bien que le litige concerne d'éventuelles prestations à charge d'une assurance-maladie complémentaire, un rappel de quelques règles applicables à l'assurance obligatoire des soins n'en reste pas moins indiqué, dans la mesure où les montants susceptibles d'être à la charge de la défenderesse rémunèrent des prestations non (entièrement) couvertes par l'assurance obligatoire des soins et où les CSA litigieuses s'inspirent des règles prévues par la LAMal en ce qui concerne le choix des établissements hospitaliers, comme on va le voir.

#### **E. 5**

a. La LAMal définit les personnes et institutions admises à fournir des prestations à la charge de l'assurance-maladie (art. 35 al. 1 LAMal). Concernant les « hôpitaux et autres institutions », l'art. 39 LAMal précise les conditions de leur admission à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie, dont celles de correspondre à la planification établie par un canton ou, conjointement, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers (al. 1 let. d) et de figurer sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats (al. 1 let. e). Les cantons coordonnent leurs planifications (al. 2). Le Conseil fédéral édicte des critères de planification uniformes en prenant en considération la qualité et le caractère économique. Il consulte au préalable les cantons, les fournisseurs de prestations et les assureurs (al. 2ter).

A/904/2020 - 11/19 - b. En cas de traitement hospitalier, l'assuré a le libre choix entre les hôpitaux aptes à traiter sa maladie, dans toute la Suisse, à condition qu'ils figurent sur la liste de son canton de résidence ou celle du canton où se situe l'hôpital, autrement dit qu'il s'agisse d'hôpitaux dits répertoriés (art. 41 al. 1bis LAMal), les cas d'urgence et de prestations nécessaires ne pouvant être fournies dans un hôpital du canton de résidence restant réservés (art. 41 al. 3 et 3bis LAMal). En cas de traitement hospitalier dans un hôpital répertorié, l'assureur et le canton de résidence prennent en charge leur part respective de rémunération au sens de l'art. 49a jusqu'à concurrence du tarif applicable pour ce traitement dans un hôpital répertorié du canton de résidence (art. 41 al. 1bis LAMal). c. La condition précitée de figurer sur la liste cantonale pour qu'un hôpital puisse pratiquer à la charge de l'assurance-maladie et la limitation en résultant pour les assurés de choisir librement l'hôpital dans lequel ils entendent être hospitalisés sont relativisées dans la mesure où, selon l'art. 49a al. 4 LAMal, les assureurs peuvent conclure avec les hôpitaux ou les maisons de naissance non répertoriés au sens de l'art. 39 LAMal, mais qui remplissent les conditions fixées aux art. 38 et 39 al. 1 let. a à c LAMal, des conventions sur la

rémunération des prestations fournies au titre de l'assurance obligatoire des soins (Gebhart EUGSTER, *Krankenversicherung*, in *Sécurité sociale*, éd. par Ulrich MEYER, 3ème éd., 2016, vol. XIV, p. 651, n. 788 i.f., p. 669 ss, n. 854 ss ; sur l'ensemble de la question, cf. Stéphanie PERRENOUD, *L'assurance-maladie*, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, *Droit suisse de la sécurité sociale*, vol. II, 2015, p. 1 ss, n. 145 ss, 150 s., 181 ss, 211 ss, 322 ss, n. 354 s., 361 ss, 396 ss, 414). d. Selon l'art. 49 LAMal, pour rémunérer les traitements hospitaliers, y compris le séjour et les soins à l'hôpital ou dans une maison de naissance, les parties à une convention conviennent de forfaits, en règle générale de forfaits par cas (al. 1 phr. 1 et 2). L'art. 49 al. 2 phr. 1 LAMal précise que les partenaires tarifaires instituent, conjointement avec les cantons, une organisation compétente pour l'élaboration, le développement, l'adaptation et la maintenance des structures (donc du système tarifaire de rémunération des prestations hospitalières). Cette organisation a été créée sous la forme d'une société anonyme d'utilité publique, SwissDRG SA, dont les actionnaires sont la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), les hôpitaux de Suisse (H+), les assureurs-maladie suisses (Santésuisse), la Commission des tarifs médicaux LAA (CTM) et la Fédération des médecins suisses (FMH). Pour la rémunération des traitements hospitaliers, SwissDRG SA a adopté une structure tarifaire, uniforme sur tout le territoire suisse, à savoir un système de forfaits par cas qui attribue un cas hospitalier global en fonction de certains critères comme les diagnostics, les traitements, etc., à un groupe de cas et qui l'indemnise au moyen d'un forfait. Le système SwissDRG comprend au total environ 1'000 groupes de cas ; chaque groupe ou DRG (Diagnosis Related Group) réunit des cas de traitement homogènes sur le plan

A/904/2020 - 12/19 - médical et économique (ATAS/430/2016 du 1er juin 2016 consid. 3f ; Bettina HOLZER, *SwissDRG – L'essentiel en bref*, in *Bulletin des médecins suisses* 2012 p. 1079 ss ; Gebhart EUGSTER, *op. cit.*, p. 385 ss, n. 1018 ss ; Stéphanie PERRENOUD, *L'assurance-maladie*, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, *op. cit.*, n. 212 et 367).

## **E. 6**

a. La couverture d'assurance résultant de l'assurance obligatoire des soins prévue par la LAMal peut être étendue par la conclusion d'assurances complémentaires, qui sont soumises au droit privé et régies par la LCA. De telles assurances peuvent être souscrites dans le domaine des soins ambulatoires (par exemple pour la couverture notamment des frais de sauvetage à l'étranger, des coûts de médecines parallèles, de soins dentaires, de médicaments non admis dans la liste des spécialités), dans le secteur stationnaire (par exemple pour la couverture de l'hospitalisation en division commune dans toute la Suisse, le séjour en division privée ou semi-privée), comme aussi en matière d'indemnités journalières, le cas échéant en sus de l'assurance d'indemnités journalières facultative, soumise au droit public, que les art. 67 ss LAMal permettent de conclure (cf. Stéphanie PERRENOUD, *op. cit.*, n. 19, 147, 211, 350, 368, 409 ; Guy LONGCHAMP, *Conditions et étendue du droit aux prestations de l'assurance-maladie sociale en cas de séjour à l'hôpital, en établissement médico-social et/ou en cas de soins à domicile*, IRAL n° 30, 2004, p. 263 s., 342 ss, 370 ss, 430 ss ; Bernard VIRET, *Assurances-maladies complémentaires et loi sur le contrat d'assurance*, in *LAMal – KVG*, Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, IRAL n° 17, 1997, p. 665-702 ; Alfred MAURER, *Verhältnis obligatorische Krankenversicherung und Zusatzversicherung*, in *LAMal – KVG*,

Recueil de travaux précité, p. 703-734 ; Vincent BRULHART, Quelques remarques relatives au droit applicable aux assurances complémentaires dans le nouveau droit de la LAMal, in LAMal – KVG, Recueil de travaux précité, p. 735-755). b. Les relations juridiques entre l'assuré et l'assureur-maladie complémentaire sont précisées par les conditions générales d'assurance et la police d'assurance, à comprendre à l'aune de la LCA, mais aussi, en tant qu'elles visent à assurer une couverture complémentaire à celle de l'assurance obligatoire des soins, du système mis en place par la LAMal (Bernard VIRET, op. cit., p. 690). c. L'étendue du risque constitue l'un des points essentiels du contrat. Puisqu'il existe a priori une assurance régie par la LAMal, c'est nécessairement par rapport à elle que s'articulent les protections complémentaires réglementées par les conditions d'assurance et la LCA. Il en découle, du point de vue de la technique juridique de délimitation des risques, que les conditions des contrats d'assurance recourent au procédé des « exclusions indirectes », par lequel les conditions contractuelles circonscrivent les risques de manière positive : est couvert uniquement ce qui entre dans la définition restrictive donnée par les conditions

A/904/2020 - 13/19 - (générales, complémentaires, spéciales ou particulières) du contrat. Une telle manière de procéder permet aux assurés de choisir une couverture complémentaire « à la carte ». C'est ainsi que l'on trouve sur le marché des assurances aussi diverses que : les frais de traitement hospitalier non couverts par l'assurance obligatoire en division commune dans un établissement hospitalier dans toute la Suisse, sans limite de durée ; la participation aux frais de traitement par un médecin non conventionné, ainsi qu'aux frais de prévention, aux médicaments hors liste, cures, aides à domicile, lunettes, transport, médecine naturelle, etc. ; les frais supplémentaires de traitement et de pension en cas de séjour hospitalier en division privée ou semi-privée d'un établissement hospitalier public ou privé ; la participation aux frais de cure, d'aide à domicile, de transport, de recherche et de sauvetage, les frais de soins dentaires non consécutifs à un accident prodigués par un médecin-dentiste (Bernard VIRET, op. cit., pp. 689-690).

## **E. 7**

a. Les conditions contractuelles générales que les parties en litige ont convenu d'intégrer à leur propre contrat, telles des conditions générales d'assurance, s'interprètent en principe de la même manière que tout autre accord entre cocontractants (ATF 122 III 118 consid. 2a p. 121). Il n'est d'ordinaire pas possible de mettre en évidence une intention réelle et commune des deux parties sur des points que l'une d'elles a réglés seule et par avance dans les conditions générales ; le juge doit donc rechercher comment le texte pouvait être compris de bonne foi, selon le principe de la confiance (cf. ATF 135 III 410 consid. 3.2 p. 412 ; 133 III 675 consid. 3.3 p. 681), par celle des parties qui a adhéré aux conditions convenues sans avoir pris part à leur rédaction. Subsidiairement, en présence de conditions ambiguës dont le principe de la confiance ne permet pas d'élucider entièrement le sens, le juge doit retenir l'acception la plus favorable à cette partie-ci selon l'adage *in dubio contra stipulatorem* (arrêt du Tribunal fédéral 4A\_107/2020 du 23 juin 2020 consid. 7.1 ; ATF 122 III 118 consid. 2a p. 121 ; 118 II 342 consid. 1a p. 344 ; voir aussi ATF 133 III 61 consid. 2.2.2.3 p. 69). Lorsque la teneur d'une clause contractuelle paraît limpide à première vue, il peut résulter d'autres conditions du contrat, du but poursuivi ou d'autres circonstances que le texte de cette clause ne restitue pas exactement le sens de l'accord conclu. Il n'y a cependant pas lieu de s'écarter du sens littéral du texte adopté par les cocontractants lorsqu'il n'y a aucune raison sérieuse de penser que celui-ci ne corresponde pas à leur

volonté (ATF 135 III 295 consid. 5.2 i.f. p. 302 ; 131 III 606 consid. 4.2 p. 611 ; 130 III 417 consid. 3.2). b. L'art. 33 LCA prévoit que, sauf disposition contraire de la loi, l'assureur répond 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. Il découle de cette disposition que, si tout événement qui relève du risque assuré fonde a priori un droit à l'indemnisation lorsqu'il se réalise, les parties peuvent convenir - généralement sous la forme de dispositions préformulées dans les conditions générales

A/904/2020 - 14/19 - d'assurance - de clauses d'exclusion qui limitent l'étendue de la couverture d'assurance par rapport à certains événements, à certaines personnes ou à certains biens, ou encore en raison des circonstances dans lesquelles un sinistre survient (VIRET, Les Clauses d'exclusion des contrats d'assurance, en particulier dans les assurances automobiles, in RSA 62/1994 p. 247 ss, 248 s.). À côté de telles exclusions directes, pour lesquelles les parties recourent à une formulation du type « tout est couvert, sauf... », la pratique connaît aussi la forme des exclusions indirectes, en ce sens que les conditions d'assurance délimitent d'entrée de cause de façon restrictive le risque couvert (VIRET, op. cit., p. 249). La distinction entre exclusions directes et indirectes a des effets notamment sur la répartition du fardeau de la preuve : en cas d'exclusion directe, il incombe tout d'abord à l'ayant droit d'établir qu'il s'est produit un événement présentant le caractère du risque contre les conséquences duquel l'assurance a été conclue conformément à l'art. 8 CC, il incombe ensuite à l'assureur, s'il entend se prévaloir d'une clause d'exclusion, de faire la preuve de l'existence de conditions justifiant l'exclusion de couverture dans le cas d'espèce. En revanche, en cas d'exclusion indirecte, qui découle d'une délimitation d'embrée restrictive du risque couvert, la preuve que les conditions (restrictives) de couverture sont remplies incombe à l'ayant droit (VIRET, op. cit., p. 252 s.).

## **E. 8**

a. En l'occurrence, il est constant que le demandeur a été opéré le 17 juillet 2019 auprès de la F\_\_\_\_\_SA en vue de la pose d'une prothèse totale du genou gauche (prothèse de la rotule et libération du tendon rotulien) et qu'à la suite de cette intervention, il a séjourné auprès de ce même établissement jusqu'au 22 juillet 2019. Il est également incontesté que la F\_\_\_\_\_SA ne figurait pas sur la liste du canton de Genève répertoriant les établissements admis à facturer leurs prestations à charge de l'assurance obligatoire des soins (art. 39 al. 1 let. e et 41 al. 1bis LAMal) pour l'année 2019. b. Le demandeur soutient toutefois que les prestations médicales afférentes à son opération, singulièrement les honoraires des médecins l'ayant opéré (totalisant CHF 12'632.-), doivent être prises en charge par la défenderesse sur la base de son assurance complémentaire OPTIMA+, dans la mesure où les CSA restreindraient uniquement la prise en charge des frais du séjour hospitalier, mais pas celle des honoraires « privés » des médecins l'ayant opéré. Le demandeur se réfère à cet égard aux art. 1.1, 2.1 et 3 des CSA d'OPTIMA+. De son côté, la défenderesse soutient que les prétentions du demandeur tendant à la prise en charge des honoraires de ses médecins ne sont pas couvertes par « OPTIMA+ », laquelle assure – d'après le texte clair des CSA – le risque d'une hospitalisation ayant lieu dans un établissement hospitalier couvert par la planification cantonale, ce qui n'est pas le cas de la F\_\_\_\_\_SA. Par ailleurs, elle estime que le demandeur ne peut être suivi lorsqu'il tente de dissocier les

A/904/2020 - 15/19 - honoraires des médecins du reste des frais de traitement relatifs à son hospitalisation à la F\_\_\_\_\_SA, dans la mesure où les médecins n'auraient pas pu l'opérer

sans l'infrastructure et le personnel de cette clinique. c. Avant toute chose, il convient de rappeler la teneur des principales dispositions litigieuses ressortant des CSA de l'assurance complémentaire OPTIMA+ :

Art. 1 Étendue de l'assurance

#### **E. 9**

a. À la lecture du contrat et notamment des dispositions contractuelles reproduites ci-dessus, la chambre de céans constate que les CSA d'OPTIMA+ s'alignent sur le régime mis en place par la LAMal, mais pour les prestations supplémentaires convenues, en posant le principe de la couverture des frais supplémentaires de traitements et de pension en cas de séjour hospitalier, mais tout en limitant le choix de l'établissement hospitalier à ceux qui figurent sur la « liste des établissements reconnus par un canton (planification cantonale), ce par quoi il faut comprendre la liste cantonale des hôpitaux visée à l'art. 39 al. 1 let. e LAMal (donc des hôpitaux répertoriés). À ce propos, on observe que l'art. 2 des CSA reprend en réalité - moyennant une formulation très légèrement différente - la teneur de l'art. 41 LAMal (al. 1 bis et al. 3), disposition qui n'offre au patient, pour tout traitement hospitalier à l'exception essentiellement des cas d'urgence, qu'un libre choix parmi les hôpitaux figurant sur la liste de son canton de résidence ou celle du canton où se situe l'hôpital (hôpital répertorié). b. Selon la jurisprudence rendue en matière d'assurance obligatoire des soins – à laquelle il convient ici de se référer dans la mesure où le contrat d'assurance LCA

A/904/2020 - 16/19 - restreint le choix de l'établissement hospitalier de la même façon que la LAMal –, l'institution qui ne figure pas sur la liste hospitalière d'un canton n'est pas légitimée à facturer à charge de l'assurance obligatoire des soins les coûts causés par le séjour d'assurés, aucune dérogation par voie d'interprétation au sens littéral de l'art. 39 al. 1 let. e LAMal n'étant possible (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_618/2009 du

#### **E. 14**

avril 2010 consid. 2.1 et K 137/04 du 21 mars 2006 consid. 3.3, in SVR 2006 KV n° 30 p. 107 ; voir aussi GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in Soziale Sicherheit, SBVR, 2ème éd., p. 652, n° 772). c. À la lecture des CSA – en particulier de ses art. 1 et 2 décrivant l'étendue de l'assurance et le choix de l'établissement hospitalier –, le demandeur devait comprendre de bonne foi qu'il était couvert en cas de séjour hospitalier (en division semi-privée), mais seulement dans un établissement hospitalier faisant partie de la planification du canton de Genève. La F\_\_\_\_\_SA en était précisément exclue, et la convention tarifaire liant cet établissement à INTRAS avait été résiliée avec effet au 31 décembre 2018, comme la défenderesse le lui avait indiqué par téléphone, puis par courriers (respectivement courriels) datés des 27, 28 juin et 16 juillet 2019. Malgré le refus de la défenderesse de prendre en charge l'intervention du 17 juillet 2019 et la proposition faite au demandeur de se faire opérer dans une autre clinique (où travaillait le même chirurgien), l'intéressé a choisi de se faire opérer à la F\_\_\_\_\_SA, soit dans un établissement ayant été retiré de la planification cantonale pour la chirurgie orthopédique et n'ayant plus de convention tarifaire avec la défenderesse. Étant donné que les conditions fixées par les CSA (art. 2.1) n'étaient pas remplies, le demandeur ne pouvait valablement prétendre à la prise en charge par la défenderesse de l'opération et du séjour hospitalier en cause, au titre de l'assurance complémentaire OPTIMA+. Comme le fait remarquer la défenderesse, si le demandeur souhaitait faire couvrir le risque d'une hospitalisation dans n'importe quel

établissement hospitalier en Suisse (sans limiter son choix aux établissements répertoriés), il lui appartenait de conclure une autre assurance complémentaire (la défenderesse cite à cet égard un extrait du contrat relatif à son assurance d'hospitalisation « myFlex Premium »). d. Le demandeur ne peut raisonnablement déduire des CSA d'OPTIMA+ que cette assurance devrait couvrir les honoraires « privés » des médecins l'ayant opéré, sous prétexte que le contrat n'exclurait pas textuellement la prise en charge de tels honoraires. Par son argumentation, le demandeur perd de vue que les CSA circonscrivent le risque de manière positive (procédé dit des « exclusions indirectes », par opposition aux « exclusions directes », pour lesquelles les parties recourent à une formulation du type « tout est couvert, sauf... ») en précisant d'entrée de cause (art. 1 et 2) que l'assurance couvre « les frais supplémentaires de traitement et de pension en cas de séjour hospitalier » et que l'assuré ne peut choisir son établissement que parmi ceux figurant sur la liste des établissements reconnus par le canton. En pareilles circonstances, c'est au demandeur qu'il incombe de prouver que les conditions (restrictives) de couverture sont remplies – en

A/904/2020 - 17/19 - l'occurrence que le risque assuré d'une hospitalisation dans un établissement figurant sur la liste hospitalière genevoise est réalisé –, ce dont l'intéressé ne fait nullement la démonstration dans ses écritures. Lorsque l'hospitalisation n'a pas lieu dans un établissement répertorié, il ressort clairement du contrat (art. 1 et 2 des CSA) que les frais de traitement ne sont pas pris en charge par l'assurance et l'on peut donc s'attendre à ce que les honoraires des médecins ne le soient pas davantage. Aussi, à l'inverse de ce que semble croire le demandeur et dans la mesure où cela se déduit déjà sans ambiguïté du contrat, la défenderesse n'avait pas à stipuler expressément dans les CSA que la prise en charge d'honoraires médicaux était exclue en cas d'hospitalisation dans un établissement non répertorié. Dans ce contexte, la référence que fait le demandeur au principe « in dubio contra stipulatorem » se révèle dénuée de pertinence. e. Enfin, contrairement à ce que fait valoir le demandeur, il n'y a pas lieu de dissocier l'examen des honoraires des médecins ayant réalisé l'opération de celui des coûts du séjour hospitalier (en ce sens que le refus de prise en charge serait justifié pour les frais d'hébergement, mais pas en ce qui concerne les honoraires des médecins). En effet, outre les explications fournies par la défenderesse pour justifier un examen conjoint de ces prestations (notamment le fait que le demandeur n'aurait pas pu être opéré sans l'infrastructure et le personnel de la clinique), il est notoire que le type d'opération qu'a subi l'assuré – pose d'une prothèse totale du genou gauche – implique nécessairement une hospitalisation, compte tenu des risques de complications et de la nécessité de pratiquer une surveillance post-opératoire. L'opération ne pouvant être envisagée sans séjour hospitalier, c'est à bon droit que la défenderesse a examiné – et refusé – la prise en charge du traitement médical (honoraires liés à l'opération) au même titre que celle du séjour hospitalier. Dans ce contexte on relèvera incidemment que si, lorsqu'un assuré séjourne dans une division privée ou semi-privée d'un hôpital, il est fréquent que le traitement médical soit pris en charge par un médecin indépendant choisi librement par le patient (alors que l'hôpital n'assure que l'hébergement et les soins hospitaliers) et que ce libre choix du médecin entraîne des différences tarifaires qui peuvent, selon les cas, être couvertes par une assurance-maladie complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_276/2011 du 3 janvier 2012 consid. 4.2), tel ne saurait être le cas en l'occurrence, dès lors que l'établissement choisi par le demandeur ne figurait pas sur la liste hospitalière cantonale et ne remplissait donc pas les conditions fixées par les CSA d'OPTIMA+, comme on l'a déjà dit. 10. Eu égard aux considérations qui précèdent, la demande se révèle mal fondée et doit être rejetée. 11. Il n'est pas perçu de frais judiciaires (art. 114 let. e CPC), ni

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 11 octobre 2012 [LaCC - E 1 05]).  
\*\*\*\*\*

A/904/2020 - 18/19 -

A/904/2020 - 19/19 - 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.