

GE_GERICHTE ATAS/643/2018 vom 16. Juli 2018

GE Cour de justice, 2018-07-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_643_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/643/2018 du 16 juillet 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/643/2018 del 16 luglio 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 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). Selon la police d'assurance, le contrat est régi par la LCA. La compétence de la chambre de céans à raison de la matière pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

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 une personne physique, le for est celui de son domicile (art. 10 al. 1 let. a CPC), étant précisé que l'art. 17 al. 1 CPC consacre la possibilité d'une élection de for écrite. En l'occurrence, le ch. 41.2 des CGA de la CSS de l'assurance-maladie complémentaires selon la LCA - de la CSS éd. 01.2009 prévoit qu'en cas de contestations, une action peut être ouverte contre la CSS au lieu de domicile en Suisse de la personne assurée ou à Lucerne. Cette disposition ne déroge pas à l'art. 10 al. 1 lettre a CPC, susmentionné, s'agissant d'une action ouverte par l'assureur. La défenderesse ayant son domicile à Genève, la chambre de céans est compétente à raison du lieu pour connaître de la présente demande.

E. 3

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), étant précisé que le législateur genevois a fait usage de cette possibilité (art. 134 al. 1 let. c LOJ).

A/1558/2017 - 9/19 -

E. 4

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. 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 125 III 231 consid. 4a). 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 publié; ATF 130 III 321 consid. 3.1; ATF 129 III 18 consid. 2.6; ATF 127 III 519 consid. 2a). Cette disposition ne prescrit cependant pas quelles sont les mesures probatoires qui doivent être ordonnées (cf. ATF 122 III 219 consid. 3c; ATF 119 III 60 consid. 2c). Elle n'empêche pas le juge de refuser une mesure probatoire par une appréciation anticipée des preuves (ATF 121 V 150 consid. 5a). L'art. 8 CC ne dicte pas comment le juge peut forger sa conviction (ATF 122 III 219 consid. 3c; ATF 119 III 60 consid. 2c; ATF 118 II 142 consid. 3a). En tant que règle sur le fardeau de la preuve, il ne s'applique que si le juge, à l'issue de l'appréciation des preuves, ne parvient pas à se forger une conviction dans un sens positif ou négatif (ATF 132 III 626 consid. 3.4 et ATF 128 III 271 consid. 2b/aa). Ainsi, lorsque l'appréciation des preuves le convainc de la réalité ou de l'inexistence d'un fait, la question de la répartition du fardeau de la preuve ne se pose plus (ATF 128 III 271 consid. 2b/aa).

E. 5

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.

A/1558/2017 - 10/19 - 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). En principe, un fait est tenu pour établi lorsque le juge a pu se convaincre de la vérité d'une allégation. La loi, la doctrine et la jurisprudence ont apporté des exceptions à cette règle d'appréciation des preuves.

L'allègement de la preuve est alors justifié par un « état de nécessité en matière de preuve » (Beweisnot), qui se rencontre lorsque, par la nature même de l'affaire, une preuve stricte n'est pas possible ou ne peut être raisonnablement exigée, en particulier si les faits allégués par la partie qui supporte le fardeau de la preuve ne peuvent être établis qu'indirectement et par des indices (ATF 132 III 715 consid. 3.1; ATF 130 III 321 consid. 3.2). Tel peut être le cas de la survenance d'un sinistre en matière d'assurance-vol (ATF 130 III 321 consid. 3.2) ou de l'existence d'un lien de causalité naturelle, respectivement hypothétique (ATF 132 III 715 consid. 3.2). Le degré de preuve requis se limite alors à la vraisemblance prépondérante

(die überwiegende Wahrscheinlichkeit), qui est soumise à des exigences plus élevées que la simple vraisemblance (die Glaubhaftmachung). La vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ou hypothèses envisageables ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 133 III 81 consid. 4.2.2; ATF 132 III 715 consid. 3.1; ATF 130 III 321 consid. 3.3). En vertu de l'art. 8 CC, 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. 6

Selon le ch. 5.2 (CC), avant de commencer un traitement stationnaire, la personne assurée peut choisir dans quelle division (commune, demi-privés ou privé) elle veut être soignée ou séjourner et elle paye la participation aux coûts annuels mentionnés dans la police conformément à la division choisie. Le ch. 5.4 (CC) énumère les variantes de participation aux coûts : pour l'option "Economy variante 1" en fonction de la division : division commune, pas de participation aux coûts ; en division demi-privée la participation aux coûts est de 40 %, jusqu'à CHF 8'000.- par année civile; en division privée, la participation aux coûts est de 70 %, jusqu'à CHF 14'000.- par année civile.

A/1558/2017 - 11/19 - D'après le ch.22 CGA, en cas de paiement direct de la CSS aux fournisseurs de prestations, la personne assurée est tenue de rembourser les franchises et quotes- parts convenues dans les 30 jours à compter de la facturation de la CSS (22.1CGA). Si la personne assurée ne donne pas suite à son obligation de payer, c'est le chiffre 20 qui s'applique par analogie (22.2 CGA). Selon le ch. 20 CGA, si la prime (par analogie, la participation) n'est pas payée dans le délai mentionné sur la facture, la personne assurée est sommée par écrit d'effectuer le paiement des arriérés dans les 14 jours suivant l'expédition de la sommation, conformément à l'art. 21 al. 1 LCA. La sommation doit rappeler les conséquences du retard. Si cette sommation demeure sans effet, l'obligation d'allouer des prestations est suspendue à partir de l'expiration du délai de sommation (ch.20.1 CGA). À l'expiration du délai de sommation, la personne assurée doit s'acquitter d'un intérêt moratoire légal. Les frais de sommation sont supportés par la personne assurée (ch.20.2 CGA).

E. 7

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références). Parmi tous les éléments de fait allégués ou

envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). Il convient en général d'accorder la préférence aux premières déclarations de l'assuré, faites alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être – consciemment ou non – le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a ; 115 V 143 consid. 8c).

E. 8

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a ; 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b ; 122 V 162 consid. 1d).

A/1558/2017 - 12/19 -

E. 9

mars 2016 (pièce 8 demanderesse), que son gynécologue lui avait déjà proposé de l'opérer lui-même à la Clinique Beau-Séjour et qu'elle avait refusé à cause de cette participation trop coûteuse, l'argument peut paraître plausible, mais il ne résiste pas non plus à l'examen, au vu des nombreuses contradictions de la défenderesse dans ses déclarations, en particulier dans ce contexte. Elle prétend en effet dans ses écritures avoir renoncé à être opérée par son propre gynécologue, et avoir ainsi dû attendre 14 mois pour effectuer l'opération aux HUG. Entendue en comparution personnelle, elle a alors prétendu avoir souffert notamment de saignements réguliers pendant 2 ans, avoir toujours refusé de se faire opérer à la clinique pendant cette période, précisément parce qu'elle aurait dû prendre en charge le 40 % de participation aux frais, ajoutant que lorsqu'elle allait en revanche aux HUG, on la renvoyait chaque fois en lui disant que ce n'était pas son tour, raison

A/1558/2017 - 15/19 - pour laquelle elle avait dû attendre aussi longtemps pour être opérée. Mais lorsque la question lui est posée de savoir à quelle époque son gynécologue lui proposait de l'opérer à la clinique, elle indique qu'il s'agissait du mois de novembre 2014. Or, les courriers et attestations de son gynécologue (de novembre 2014 à février 2015 »), ne corroborent ni la chronologie ni la longue période pendant laquelle on lui aurait refusé l'accès à cette opération en chambre commune à l'hôpital. Dans son premier courrier (19 novembre 2014), le Dr C_____ adressait la patiente à la consultation et prise en charge par le service de gynécologie de l'hôpital : il avait vu la patiente, le 5 novembre 2014, pour une première consultation et pour un deuxième avis ; une hystéroscopie diagnostique (ndr : examen qui se déroule dans un local de consultation et pas dans un bloc opératoire, ceci sans prémédication ou préparation particulière) lui semblait indiquée, mais la patiente souhaitait une anesthésie générale. Dans son deuxième courrier (4 décembre 2014), il explique qu'à la suite d'une seconde consultation, le 25 novembre 2014, le diagnostic ayant changé entre-temps, il avait instauré un traitement médicamenteux. Enfin, le 16 février

2015, après une consultation gynécologique du 4 février, il écrivait au service de gynécologie des HUG pour prise en charge de la patiente pour une très probable adénomyose symptomatique et douleurs mal systématisées abdominales ; il précisait que la patiente était fortement demandeuse d'un geste chirurgical, et qu'elle s'adresserait à leur consultation afin de réévaluer la situation et de lui proposer un traitement adéquat. f. Les autres arguments développés par la défenderesse ou par son mari ne lui sont au demeurant d'aucun secours: - les explications données par la défenderesse au sujet de ses échanges avec la personne qui était sa voisine de chambre pendant le séjour hospitalier litigieux ont varié : dans son courrier du 9 mars 2016, elle explique que la personne qui occupait la même chambre qu'elle lui avait dit « qu'elle n'avait pas d'assurance semi-privée "non plus" » : on peine à comprendre pourquoi l'assurée, si elle était si convaincue que son hospitalisation n'émergeait pas à l'assurance semi-privée, mais en totalité à charge de l'AOS, aurait évoqué avec sa voisine de chambre la question de savoir si cette dernière disposait d'une assurance semi-privée. De surcroît, au moment de son hospitalisation, la question de la prise en charge par l'assurance, avec ou sans participation aux coûts n'avait pas (encore) soulevé le moindre problème. Dans son courrier, on a d'ailleurs l'impression qu'elle s'en prenait plus aux conditions de son séjour (la télévision ne fonctionnait pas, elle estimait ne pas avoir bénéficié de prestations supplémentaires aux patients hospitalisés en chambre commune) qu'à se plaindre d'une supposée erreur des HUG lors de son admission. En revanche, lors de son audition par la chambre de céans, l'explication était différente : elle avait gardé contact avec sa voisine de chambre, après leur sortie respective de l'hôpital, et ce n'était qu'au moment où elle avait reçu la facture litigieuse de la CSS qu'elle avait repris contact avec elle pour lui demander si elle avait reçu la

A/1558/2017 - 16/19 - même facture ; et c'est là que cette ancienne voisine de chambre lui aurait dit n'avoir pas d'assurance semi-privée. Quoiqu'il en soit, la chambre de céans estime inutile d'entendre ce témoin, car son audition ne changerait rien à l'issue du litige. En effet, son audition n'apporterait aucun éclairage sur les circonstances de l'admission de la défenderesse à l'hôpital et sur la question de savoir si la défenderesse avait ou non reçu une assurance de la part de la demanderesse de ce que son hospitalisation serait totalement prise en charge sans participation aux coûts. - le courrier du mari du 18 janvier 2018 n'est pas davantage pertinent et ne saurait être suivi: alors que ni lui ni son épouse n'avaient fait le moindre commentaire ni émis la moindre réserve par rapport à d'éventuelles difficultés de compréhension avec l'interprète, lors de l'audience de comparution personnelle des parties, il s'est adressé à la chambre de céans, le 18 janvier 2018 (plus de trois mois après l'audience), par courrier spontané par lequel il remet en cause de nombreux points du procès-verbal d'audience. Sous prétexte de leur mauvaise maîtrise du français, lui et son épouse venaient de se faire traduire oralement le procès-verbal de comparution personnelle du 9 octobre 2017, par un ami (sans le nommer). On observera à ce sujet que tout porte à croire que l'« ami » était précisément M. B_____, du même coup rédacteur de ce courrier. On y lit nombre de remarques, sans rapport direct avec les faits de la cause, qui n'apparaissent destinées qu'à affranchir ce dernier de tout reproche. De plus, mettant en cause les HUG, dans le cadre de ses propres relations avec son assureur-maladie, elle s'est apparemment bien gardée de s'en prendre directement à eux, pour se plaindre d'une attitude ou d'erreurs qui lui auraient été préjudiciables. En tout état elle n'a rapporté aucun élément ou indice de ce qu'elle aurait effectivement entrepris des démarches dans ce sens auprès des HUG. De toute manière les griefs qu'elle pourrait faire valoir, si elle s'y croyait fondée, à l'encontre des HUG ne sauraient être opposables à la demanderesse qui, en l'espèce, a agi

conformément aux dispositions contractuelles régissant la police d'assurance concernée, se fiant de bonne foi à la demande de garantie présentée par l'hôpital, acquittant ensuite la facture reçue des HUG conformément aux usages, en calculant correctement le montant de la participation aux coûts, adressée à l'intéressée, respectivement à son mari en qualité de payeur des primes et participations, en conformité aux dispositions contractuelles ; - on peut également s'étonner que la défenderesse, - dont l'argumentation montre qu'elle était très au fait des conditions de sa police d'assurance semi-privée, expliquant les raisons pour lesquelles elle aurait refusé de se faire opérer en clinique privée, choisissant de le faire à l'hôpital, pour éviter d'avoir à payer une participation au coût de 40 % -, n'ait pas pris l'initiative de contacter son assurance-maladie avant son entrée aux HUG, conformément aux ch. 2.2 et 5.2

A/1558/2017 - 17/19 - (CC), lui rappelant qu'avant de commencer un traitement stationnaire, la personne assurée peut choisir dans quelle division (commune, demi-privée ou privée) elle entend se faire soigner ou séjourner et paye pour cela, en fonction de la division choisie, la participation aux coûts annuels mentionnée dans la police. Une telle démarche paraissait d'autant plus opportune qu'au vu des documents produits en procédure, aucune circonstance particulière, notamment d'urgence, n'a pu interférer par rapport aux démarches, entreprises ou non par la défenderesse, dans le cadre de cette hospitalisation et de l'intervention qu'elle a subie aux HUG. Au vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de procéder à des actes d'instruction complémentaires, notamment pas l'audition du gynécologue, voire des services financiers des HUG, respectivement des personnes ayant procédé à son admission. En effet, de tels actes d'instruction complémentaire ne changeraient rien à l'issue du litige, et ne permettraient pas de répondre à la question de savoir si la défenderesse aurait reçu de la demanderesse l'assurance qu'elle n'aurait aucune participation aux coûts à assumer dans le cadre de l'hospitalisation litigieuse. Du reste elle ne l'a même pas allégué. Ainsi, selon la jurisprudence rappelée précédemment au sujet des principes régissant le fardeau de la preuve, la défenderesse doit supporter le fait de ne pas avoir pu apporter la preuve, ni démontrer, au degré de la vraisemblance prépondérante exigé en matière d'assurances sociales, des circonstances propres à faire naître chez le juge des doutes sérieux sur l'exactitude des allégations formant l'objet de la preuve principale.

E. 10

Enfin, la demanderesse conclut au paiement de la somme de CHF 15.- de frais, d'intérêts à 5 % dès le 13 juin 2016. La LCA, qui régit les relations entre les parties, prévoit que la créance résultant du contrat d'assurance 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 (art. 41 al. 1 LCA). 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. 102ss CO. Selon l'art. 102 CO, le débiteur d'une obligation est en demeure par l'interpellation du créancier (al. 1) ; 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 (al. 2). 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 p. 33 ; THEVENOZ, in Commentaire romand du Code des obligations I, n. 9 ad art. 104 CO). Une facture ne vaut interpellation que si elle indique

au débiteur que le

A/1558/2017 - 18/19 - créancier attend le paiement immédiatement. L'indication d'un délai de paiement est une interpellation à terme (THEVENOZ, op. cit., n. 24 ad art. 102 CO). En l'espèce, tant le montant des frais de sommation de CHF 15.- que les intérêts moratoires de 5 % l'an dès le 13 juin 2016 (échéance du délai de grâce fixé dans la sommation du 14 mai 2016) réclamés par la demanderesse sont dus, conformément aux dispositions qui précèdent et aux ch. 20 et 22 CGA, rappelés ci-dessus.

E. 11

Entièrement fondée, la demande doit être admise et la défenderesse sera ainsi condamnée au paiement de la somme de CHF 7'308.70 plus intérêts à 5 % l'an dès le 13 juin 2016, ainsi et qu'à la somme de CHF 15.- de frais de sommation. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC).

A/1558/2017 - 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.