

# **GE\_GERICHTE ATAS/695/2011 vom 6. Juli 2011**

GE Cour de justice, 2011-07-06, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_695\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_695_2011)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/695/2011 du 6 juillet 2011

IT: GE\_GERICHTE ATAS/695/2011 del 6 luglio 2011

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 4 et let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, tant des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000

A/2954/2010 - 8/17 - (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal; RS 832.10) que 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 (LCA; RS 221.229.1). a) Dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). La compétence *ratione materiae* de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. b) S'agissant de la compétence *ratione loci*, l'art. 23 ch. 2 des conditions générales d'assurance (ci-après : CGA) et des conditions spéciales (CS) pour les assurances complémentaires selon la LCA (édition 2009) prévoit qu'en cas de litige découlant des assurances complémentaires, l'ayant droit a le choix entre le for du siège principal suisse de SWICA ou celui de son domicile suisse. Si le preneur d'assurance ou l'ayant droit est domicilié à l'étranger, Winterthour sera le for exclusif. En l'espèce, la demanderesse est domiciliée à Genève de sorte que la compétence du Tribunal cantonal des assurances sociales, puis de la Chambre des assurances sociales de la Cour de Justice, pour juger du cas d'espèce est donnée.

### **E. 2**

L'assurance en cause est une assurance complémentaire soumise à la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (ci-après : LCA), comme le rappelle l'art. 2 ch. 2 CGA et l'art. 12 al. 2 LAMal aux termes duquel, "les caisses-maladie ont le droit de pratiquer, en plus de l'assurance-maladie sociale au sens de la présente loi, des assurances complémentaires; elles peuvent également pratiquer d'autres branches d'assurance, aux conditions et dans les limites fixées par le Conseil fédéral." La LCA a subi des modifications. La novelle du 17 décembre 2004 (FF 2003 3353) est entrée en vigueur le 1er janvier 2006, respectivement le 1er janvier 2007. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits. Dès lors, les dispositions de la LCA seront citées dans leur teneur en vigueur au moment des faits déterminants, à savoir postérieurement au 1er janvier 2007 (cf. ATF 130 V 446 consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2), l'hospitalisation à l'origine de la demande de prestations ayant débuté le 7 septembre 2009.

### **E. 3**

a) La question de la qualité pour défendre relève, comme dans un procès civil, du fondement matériel de l'action (ATF non publié du 30 décembre 2003, B 59/03, consid. 3.2 et les références citées). A la qualité pour défendre, ou la légitimation

A/2954/2010 - 9/17 - passive, la personne qui est débitrice du droit matériel allégué. La légitimation passive relève ainsi du droit de fond puisqu'elle a trait au fondement matériel de l'action, mais elle n'emporte pas encore décision sur l'existence de la prétention de la demanderesse, que ce soit quant à son principe ou quant à la mesure dans laquelle elle la fait valoir. L'absence de légitimation passive conduit au rejet de la demande (ATF 111 V 342, consid. 1c, ATF 114 II 345, consid. 3a). Cela étant, il convient de ne pas perdre de vue que la notion de "droit matériel", reprise du droit privé, ou de "droits subjectifs", ne s'intègre pas bien dans la systématique propre du droit public, et elle ne correspond pas non plus aux besoins de protection judiciaire des particuliers à l'encontre de l'administration. Certes, par la décision, celle-ci entre dans un rapport juridique particulier avec tel ou tel administré. Mais elle est tenue par des obligations générales qui ont pour objet de déterminer le contenu de la décision : principes de la légalité, de l'intérêt public, de la proportionnalité, prohibition de l'arbitraire et de l'inégalité de traitement. Ces obligations sont générales, en ce qu'elles s'imposent à l'administration même en l'absence de tout subjectif correspondant (MOOR, Droit administratif, Vol. II, Berne 2002, pp. 619 ss). b) En l'espèce, dans sa demande du 3 septembre 2010, la demanderesse agit contre SWICA Assurance-maladie SA et contre SWICA Organisation de santé pour finir par n'engager sa demande qu'à l'encontre de la première défenderesse, dans ses écritures après enquêtes du 3 mars 2011. Or, dès le 1er janvier 2002, SWICA Assurance-maladie SA a repris le portefeuille de SWICA Organisation de santé de sorte que cette dernière n'a pas la légitimation passive. La demande sera donc rejetée en tant qu'elle est dirigée contre SWICA Organisation de santé. c) Pour le surplus, la demande respecte la forme prévue à l'art. 89B de la loi sur la procédure administrative du canton de Genève du 12 septembre 1985 (LPA - RS E

### **E. 5**

Selon l'art. 85 de la loi fédérale sur la surveillance des entreprises d'assurance du 17 décembre 2004 dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (LSA ; RS 961.01), le juge statue sur les contestations de droit privé qui s'élèvent entre les entreprises d'assurance ou entre celles-ci et les assurés (al. 1). Pour les contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, les cantons prévoient une procédure simple et rapide dans laquelle le juge établit d'office les faits et apprécie librement les preuves (al. 2). Dans les contestations au sens de l'al. 2, les parties ne supportent pas de frais de procédure; toutefois, le juge peut mettre à la charge de la partie téméraire tout ou partie de ces frais (al. 3).

A/2954/2010 - 10/17 - Dès le 1er janvier 2011, les alinéas 2 et 3 de l'art. 85 LSA ont été abrogés et le Code de procédure civile (CPC) est applicable. La demande ayant été déposée le 2 septembre 2010, l'art. 85 LSA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010, a été appliqué jusqu'à cette date. En introduisant l'allègement de procédure de l'art. 85 al. 2 LSA, le législateur s'est inspiré des dispositions de droit fédéral motivées par des buts de politique sociale en matière de baux à loyer (art. 274d CO), de baux à ferme (art. 301 CO) et de contrats de travail (art. 343 CO; ATF 127 III 421 consid. 2 et les références). Selon la jurisprudence rendue en matière de contrat de travail et de bail, 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).

## **E. 6**

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir.

L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références ; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000, p. 268). Aussi, comme l'a précisé le Tribunal fédéral des assurances dans sa jurisprudence relative à l'appréciation des preuves dans le domaine médical, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit donc examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la

A/2954/2010 - 11/17 - description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C\_773/2007, consid. 2.1). S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). En ce qui concerne la preuve, 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. 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). Enfin, il sied ici de rappeler que si le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, est convaincu 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).

## **E. 7**

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 (ATF 124 V 201 consid. 3d; ATAS/1104/2006). a) En l'occurrence, aux termes de l'art. 33 LCA, l'assureur répond - sauf dispositions contraires - de tous les événements qui présentent le caractère du risque contre les

A/2954/2010 - 12/17 - conséquences duquel l'assurance a été conclue, à moins que le contrat n'exclue certains événements d'une manière précise, non équivoque. Cette disposition est une concrétisation de l'adage *in dubio contra stipulatorem* (ATF 115 II 264, consid. 5a). Une disposition qui limite le risque assuré n'est valable que si elle exclut de l'assurance certains événements de manière précise et non équivoque. Savoir si une telle condition est remplie dans le cas concret se détermine d'après le sens généralement donné dans le langage courant aux termes utilisés (ATF 116 II 189, consid. 2a). Il ne s'agit pas de s'en tenir d'emblée à la solution la plus favorable à l'assuré. Il est vrai néanmoins qu'une clause d'exclusion doit être interprétée restrictivement (ATF 5C\_26/2004 du 14 avril 2004, consid. 3.1). b) En l'espèce, selon l'art. 1 CGA assurance complémentaire d'hospitalisation Hospita, "en cas de traitement en milieu hospitalier dans les hôpitaux pour soins aigus, SWICA prend en charge, dans le cadre de l'assurance complémentaire Hospita, les frais de séjour, les frais de traitement et les frais annexes, en complément à l'assurance obligatoire des soins, qui ne sont pas pris en charge par cette dernière. En outre, d'autres prestations sont accordées dans cette assurance complémentaire selon la classe d'assurance choisie." L'art. 8 ch. 12 CGA prévoit une restriction aux prestations d'assurance de manière précise et non équivoque. Aux termes de cette disposition, "SWICA ne verse aucune prestation dans les assurances complémentaire pour des traitements et une incapacité de travail à la suite d'une consommation abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool. L'abus de ces produits de toxicomanie n'est pas considéré expressément comme une maladie et, partant, ne déclenche pour SWICA aucune obligation de verser des prestations." La lettre de l'art 8 ch 12 CGA est claire; il s'agit de restrictions posées à tout traitement reçu "à la suite" d'une consommation "abusive" d'alcool notamment. En l'occurrence il faut donc un lien de causalité entre la consommation d'alcool et les soins prodigués et encore faut-il que cette consommation soit excessive. En définitive, le traitement doit apparaître comme la conséquence d'une consommation excessive d'alcool. Il n'est pas inutile de rappeler ici que le Tribunal fédéral a admis la validité d'une clause dans les conditions générales d'assurance

excluant les prestations liées à l'abus d'alcool (ATF 5C\_134/2004 du 1er octobre 2004, consid. 4).

## **E. 8**

En l'espèce, la demanderesse est assurée auprès de SWICA depuis le 1er janvier 1996. Entre le 7 et le 24 septembre 2009, l'assurée a été hospitalisée à la clinique de la Métairie puis aux HUG, du 24 septembre au 15 octobre 2009.

A/2954/2010 - 13/17 - Si les frais d'hospitalisation auprès des HUG ont finalement été pris en charge par SWICA, il n'en va pas de même de ceux résultant du séjour à la clinique de la Métairie. En effet, SWICA, se basant sur le rapport établi par les HUG à l'entrée de la patiente le 24 septembre 2009, conclut que le séjour à la Métairie (du 7 au 24 septembre 2009) l'a été en raison d'une consommation excessive d'alcool, nocive pour la santé. Or, il ressort tant des déclarations et des rapports du Dr D\_\_\_\_\_, médecin traitant de la demanderesse, que de celles du Dr C\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie à la Métairie ou encore de celles du Dr A\_\_\_\_\_, que la demanderesse a été hospitalisée en raison d'une dépression majeure principalement, avec consommation d'alcool secondairement. Les médecins précités s'accordent à dire que le motif d'hospitalisation n'a jamais été une cure de sevrage alcoolique, la consommation d'alcool devant être reconnue au deuxième plan uniquement. Les déclarations de ces trois médecins attestent que la prise d'alcool avait pour but de pallier à l'anxiété dans laquelle la demanderesse se trouvait et que cette substance agissait à des fins semblables à celles des anxiolytiques. En définitive, selon ces médecins, si la consommation d'alcool doit être reconnue, le séjour à la Métairie ne saurait être compris comme conséquence de cette consommation mais bien plutôt comme celle d'un état dépressif majeur et récurrent. Dans cette mesure, l'existence d'un lien de causalité entre la consommation d'alcool et les soins prodigués à la clinique ne saurait être admise. Il est donc inexact de soutenir, comme le font à tort les HUG, que la demanderesse a été adressée à la clinique de la Métairie pour un sevrage OH. Au demeurant, il ne ressort pas des pièces versées au dossier qu'un diagnostic d'abus ou de dépendance ait été posé, mais une simple "utilisation nocive" assimilable à celle d'une personne consommant trop de café ou de tabac, selon le Dr C\_\_\_\_\_. Dans cette mesure, il apparaît pour le moins étonnant que les HUG aient mentionné dans leur rapport que la demanderesse était entrée à la clinique de la Métairie pour un sevrage OH, sans même l'avoir rencontrée à cette période d'hospitalisation-là. Selon toute vraisemblance, il s'agit d'une indication inexacte, comme le relève le Dr D\_\_\_\_\_. Il est d'autant plus surprenant que le médecin conseil fonde sa décision sur la seule appréciation des HUG qui, rappelons-le, n'ont pas examiné la demanderesse avant qu'elle leur soit adressée le 24 septembre 2009 pour une hépatite aigüe médicamenteuse. Le médecin conseil de SWICA a purement et simplement écarté les diagnostics posés par les médecins ayant prodigué des soins à la patiente avant et à son entrée à la Métairie. Au vu notamment des déclarations des médecins ainsi que des pièces versées au dossier, la Cour de céans considère que la demanderesse a été hospitalisée à la Métairie pour cause de dépression majeure, la consommation d'alcool n'étant pas la

A/2954/2010 - 14/17 - cause de cette-même hospitalisation, mais bien plutôt une façon pour la patiente de combattre l'état d'anxiété dans lequel elle se trouvait. D'autre part, au vu des explications fournies par les parties et les médecins, des rapports médicaux et des pièces figurant au dossier, il apparaît inutile de procéder à de plus amples investigations, de sorte que la Cour de céans écartera la requête de SWICA tendant à l'apport de tout le dossier de l'assurée à la procédure ainsi qu'à la mise en œuvre d'une expertise sur l'hospitalisation

litigieuse. Par conséquent, la demande est admise et la défenderesse est condamnée à verser à la demanderesse les sommes de 4'509 fr. 10 et de 4'347 fr. 55 au titre de l'hospitalisation à la clinique de la Métairie du 7 au 24 septembre 2009.

#### **E. 9**

a) S'agissant enfin 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). b) Ce délai n'a plus de raison d'être dès le moment où l'assureur conteste à tort son obligation. La prestation devient alors immédiatement exigible. L'interpellation de l'assureur est nécessaire à sa mise en demeure, laquelle suppose l'exigibilité de la créance. Aucun intérêt moratoire n'est dû par l'assureur qui n'a pas encore été mis en demeure (CARRE, Loi fédérale sur le contrat d'assurance, édition annotée, 2000, ad art. 41 LCA, p. 301 et les références citées). c) Les conditions générales applicables en l'espèce ne prévoient pas de disposition particulière à cet égard. d) En l'occurrence, la défenderesse a refusé de prendre en charge les frais d'hospitalisation à la Métairie par courrier du 3 février 2010, rendant les prestations exigibles dès cette date. Par courrier du 21 juillet 2010, la demanderesse a mis en demeure la défenderesse de revoir le dossier et prendre en charge les frais d'hospitalisation litigieux. L'interpellation n'étant pas chiffrée alors qu'il s'agissait d'une prétention pécuniaire, elle ne saurait constituer une mise en demeure au sens

A/2954/2010 - 15/17 - de l'art. 102 CO (ATAS/491/2011). La demande en paiement du 2 septembre 2010 étant la première à chiffrer les prétentions de la demanderesse, l'intérêt moratoire de 5% est dû à partir de la notification de cette dernière à la défenderesse.

#### **E. 10**

Au vu de ce qui précède, la demande sera admise, les conditions de l'art. 8 ch. 12 CGA n'étant manifestement pas réunies et le refus de prestations infondé. La défenderesse sera donc condamnée à verser à la demanderesse les montants de 4'509 fr. 10 et de 4'347 fr. 55 avec intérêts à 5% l'an dès le 4 septembre 2010, au titre de l'hospitalisation à la clinique de la Métairie du 7 au 24 septembre 2009.

#### **E. 11**

La demanderesse, représentée par un avocat, obtenant gain de cause en ce que sa demande concerne SWICA Assurance-maladie SA, la défenderesse sera condamnée à lui verser une indemnité de 3'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens (art. 89H al. 3 de la LPA ; ATAS/737/2008). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA).

A/2954/2010 - 16/17 - 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.