

GE_GERICHTE ATAS/755/2012 vom 31. Mai 2012

GE Cour de justice, 2012-05-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_755_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/755/2012 du 31 mai 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/755/2012 del 31 maggio 2012

Erwägungen

E. 1

a) Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 et let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal; RS 832.10) ainsi 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 (loi sur le contrat d'assurance, LCA; RS 221.229.1). Sa compétence *ratione materiae* pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

b/aa) Conformément à l'art. 58 al. 1 LPGA, le tribunal des assurances compétent pour trancher un recours contre une décision sur opposition est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours. Tant la recourante que l'intimée étant domiciliées à Genève, la Cour de céans est compétente *ratione loci* pour connaître du litige en matière d'assurance-maladie. b/bb) S'agissant de l'assurance complémentaire, l'art. 46a LCA prescrit que le for se définit selon la loi du 24 mars 2000 sur les fors (LFors). Depuis le 1er janvier 2011, cette dernière loi est toutefois abrogée et il convient d'appliquer le Code de procédure civile du 19 décembre 2008 (CPC; RS 272), dont l'art. 31 prévoit que le

A/809/2011 - 11/16 - tribunal du domicile ou du siège du défendeur ou celui du lieu où la prestation caractéristique doit être exécutée est compétent pour statuer sur les actions découlant d'un contrat. Par ailleurs, l'art. 25 des conditions générales du contrat (ci- après : CGC) prévoit quant à lui qu'en cas de contestation, l'assuré peut élire à son choix les tribunaux compétents du siège d'INTRAS à Carouge, ou ceux de son domicile suisse. En l'espèce, comme indiqué précédemment, la demanderesse est domiciliée dans le canton de Genève. Il en va de même de l'assurance complémentaire. La compétence *ratione loci* de la Cour de céans pour juger de la demande en paiement est par conséquent également donnée.

c) En matière d'assurance complémentaire, l'art. 197 CPC en vigueur depuis le 1er janvier 2011 prévoit que la procédure de fond est précédée d'une tentative de conciliation devant une autorité de conciliation. L'art. 198 CPC mentionne 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 mentionnées en tant qu'exceptions à l'art. 198 CPC. L'autorité compétente pour la tentative de conciliation est à Genève le Tribunal de première instance

(ci-après: le TPI), selon l'art. 86 al. 2 let. b LOJ. Néanmoins, la Cour de céans a jugé que c'était par une inadvertance évidente que le législateur fédéral n'avait 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, et que cet oubli créait une situation contraire au but de la loi et était dès lors insatisfaisante. La Cour de céans a dès lors comblé cette lacune proprement dite et exempté également ces litiges de la procédure de conciliation obligatoire, à l'instar des autres instances cantonales uniques mentionnées à l'art. 198 let. f CPC (ATAS/577/2011 du 31 mai 2011, consid. 4). Par conséquent, la demande en paiement n'a pas à être soumise à une tentative de conciliation par-devant le TPI. d) Pour le surplus, le recours et la demande en paiement respectent les réquisits de recevabilité prévus par les art. 61 let. b LPGA et 59 CPC.

E. 2

Le litige porte sur le droit de l'assurée au remboursement des frais relatifs à l'opération de réduction mammaire subie le 29 octobre 2009 ainsi qu'au séjour

A/809/2011 - 12/16 - hospitalier y consécutif. L'assurée a également pris des conclusions quant à la prise en charge desdits frais au titre de l'assurance-maladie complémentaire.

E. 3

a) Conformément à l'art. 25 al. 1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. Ces prestations doivent être efficaces, appropriées et économiques (art. 32 al. 1 LAMal). b) La prise en charge par l'assurance obligatoire des soins d'une réduction mammaire dépend - en plus des critères de l'efficacité, du caractère approprié et de l'économicité (art. 32 al. 1 LAMal) - de conditions dégagées par la jurisprudence sous l'empire de la LAMA qui ont continué à s'appliquer avec l'entrée en vigueur, au 1er janvier 1997, de la LAMal (RAMA 2000 n° KV 138 p. 360 consid. 3b). L'opération de réduction du sein constitue une prestation à la charge des caisses- maladie si l'hypertrophie mammaire est à l'origine de troubles physiques ou psychiques ayant eux-mêmes valeur de maladie au sens juridique et que le but de l'intervention est d'éliminer ces atteintes secondaires. La présence de troubles pathologiques n'est pas en soit déterminante, mais bien le point de savoir si les troubles sont importants et que d'autres raisons, en particulier d'ordre esthétique, peuvent être écartées (ATF 121 V 213 consid. 4 et 5a; RAMA 1996 n° K 972 p. 3 consid. 4; ATF non publié K 171/00 du 29 janvier 2001). Une indication médicale à une intervention est admise à partir du moment où une réduction de poids d'environ 500 grammes ou plus de chaque côté est envisagée ou exécutée et pour autant que l'assurée souffre de douleurs dues à l'hypertrophie et ne présente pas d'adiposité, le critère déterminant étant l'existence d'un lien de causalité entre l'hypertrophie et les troubles physiques ou psychiques (ATF 130 V 301 consid. 3, 121 V 211; ATF non publié K 4/04 du 17 août 2005, voir aussi RAMA 2000 n° KV 138 p. 357). Une personne présente une surcharge pondérale (adiposité) lorsque le Body Mass Index (BMI), soit le quotient du poids corporel (kg) et de la taille au carré (m²) est supérieur à 25 (ATF 130 V 301 consid. 3). c) On ne saurait de manière générale déduire de la disparition des douleurs postérieurement à l'opération que celle-ci était appropriée. En effet, tant l'efficacité d'une prestation que son caractère adéquat en tant que critères de la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins doivent être appréciés de manière pronostique (ATF 130 V 303 consid. 5.2 et l'arrêt cité). A cet égard, une prestation est efficace au sens de l'art. 32 al. 1 LAMal,

lorsqu'on peut objectivement en attendre le résultat thérapeutique visé par le traitement de la maladie, à savoir la suppression la plus complète possible de l'atteinte à la santé somatique ou psychique (ATF 128 V 165 consid. 5c/aa; RAMA 2000 n° KV 132 p. 281 consid. 2b). La question de son caractère approprié s'apprécie en fonction du bénéfice diagnostique ou thérapeutique de l'application dans le cas particulier, en tenant compte des risques qui y sont liés au regard du but thérapeutique (ATF 127

A/809/2011 - 13/16 - V 146 consid. 5). Le caractère approprié relève en principe de critères médicaux et se confond avec la question de l'indication médicale : lorsque l'indication médicale est clairement établie, le caractère approprié de la prestation l'est également (ATF 125 V 99 consid. 4a; RAMA 2000 n° KV 132 p. 282 consid. 2c). Ces critères doivent également s'appliquer lorsqu'il s'agit de déterminer sous l'angle de l'efficacité, laquelle de deux mesures médicales entrant alternativement en ligne de compte, doit être choisie au regard de la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins (ATF 130 V 304 consid. 6.1). Dans un arrêt récent, le Tribunal fédéral des assurances a jugé qu'en ce qui concerne en particulier le remboursement des frais d'une réduction mammaire par l'assurance obligatoire des soins, se pose la question de savoir si des mesures conservatives, singulièrement une physiothérapie en cas de douleurs au dos, constituent ou auraient pu constituer une possibilité de traitement alternatif et efficace. Si tel est le cas, il convient encore d'examiner laquelle des deux prestations est la mieux appropriée (ATF 130 V 304 consid. 6.1).

E. 4

a) En l'espèce, au moment de la demande de prise en charge de la réduction mammaire, en juillet 2009, le poids de la recourante était de 72 kg et elle mesurait 170 cm. Son BMI était donc de 24,91 kg/m². Selon le rapport opératoire du 29 octobre 2009, 530 grammes ont été enlevés de chaque côté. Il ne fait ainsi aucun doute que les conditions de la prise en charge du traitement opératoire étaient remplies en termes de « masse minimale de tissus à enlever » et du « défaut d'adiposité ». b) Reste donc à examiner les autres conditions pour une prise en charge de la réduction mammaire. b/aa) L'intimée considère, tout d'abord qu'il n'est pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, usuelle en matière d'assurances sociales, que les douleurs dont se plaignait l'assurée étaient suffisamment importantes pour avoir valeur de maladie. En effet, selon elle, l'anamnèse est fragmentaire. On ignore notamment depuis quand l'assurée a souffert de douleurs cervicales et dorsales, de migraines, de troubles statiques ainsi que d'une hypoventilation et quels ont été leur intensité et leur fréquence. Elle relève également l'absence d'examen clinique. En présence d'une anamnèse lacunaire, il appartenait à l'intimée d'entreprendre d'office toutes les mesures d'instruction nécessaires conformément à l'art. 43 al. 1 LPGA et notamment de requérir des précisions auprès des différents médecins ayant suivi la recourante. Or, tel n'a pas été le cas de sorte qu'il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimée pour instruction complémentaire sur cet aspect. b/bb) S'agissant du lien de causalité entre les atteintes ayant valeur de maladie et du caractère approprié de la réduction mammaire, il convient de retenir ce qui suit.

A/809/2011 - 14/16 - Force est de constater qu'aucun des médecins traitants de l'assurée ne s'est prononcé sur la question de savoir si les douleurs cervicales, dorsales et lombaires ainsi que les migraines et les troubles statiques, dont se plaignait leur patiente, pouvaient avoir une origine indépendante de l'hypertrophie mammaire et si des mesures conservatives auraient pu être envisagées en tant qu'alternative efficace à la réduction mammaire. Ils n'ont pas non plus expliqué les raisons pour lesquelles des massages et des séances

d'ostéopathie, traitements ne relevant pas de l'assurance obligatoire des soins, ont été prescrits en lieu et place d'un traitement conservateur. On ne sait pas non plus depuis quand la recourante a souffert de douleurs au dos. Il en va de même de l'hypertrophie mammaire. La Cour de céans relève d'ailleurs que l'intimée n'a jamais interrogé les médecins traitants sur ces éléments. Quant au médecin-conseil de l'intimée, il estime que le lien de causalité entre l'hypertrophie mammaire et les lombalgies, dorsalgies et cervicalgies ne peut être qualifié de vraisemblance en raison de l'hyperlordose préexistante. De plus, des symptômes sans rapport avec l'hypertrophie (migraines, hypoventilation) sont rattachés à l'hyperlordose. Enfin, la recourante n'a pas entrepris de manière assidue, durant les années précédant la demande, un traitement sous contrôle médical dont l'efficacité est reconnue. Cependant, son avis a été établi sur la base d'un dossier lacunaire (voir supra) de sorte qu'on ne saurait lui reconnaître une valeur probante. Comme le Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion de le juger, à défaut d'indication plus précise sur les points précités, il n'est pas possible de se prononcer sur le caractère approprié de la réduction mammaire au sens où l'entend la jurisprudence de sorte qu'il convient de renvoyer la cause à l'intimée pour instruction complémentaire sur ces questions et nouvelle décision (voir ATF non publié K 94/04 du 26 septembre 2005, consid. 3.3.2).

E. 5

Il sied encore de se prononcer sur l'obligation de prester de la défenderesse, assurance complémentaire. a) 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 librement édicter les dispositions statutaires ou réglementaires dans les branches s'assurances complémentaires (ATAS/1104/2006). b) Comme leur nom l'indique, le but des assurances complémentaires à l'assurance- maladie sociale est clairement de compléter l'assurance obligatoire de soins. Dans ce contexte, l'art. 12 LAMal dispose que « 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 ».

A/809/2011 - 15/16 - Cette complémentarité ressort également de l'art. 1 des conditions générales de la défenderesse, qui stipule que l'assurance en complémentaire en cause permet de couvrir les frais supplémentaires de traitement et de pension en cas de séjour hospitalier. De plus, conformément à l'art. 19 ch.1 des conditions spéciales d'assurance, les prestations garanties sont versées en plus de celles prévues par l'assurance obligatoire des soins LAMal. c) En l'espèce, dès lors que l'obligation de prester de la défenderesse dépend de celle de l'intimée et que le dossier est renvoyé à cette dernière pour instruction complémentaire au sens des considérants, il y a lieu de disjoindre les procédures, afin de permettre la suspension de celle en matière d'assurance complémentaire jusqu'à droit connu dans la problématique de l'assurance obligatoire des soins.

E. 6

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants. Quant à l'instruction de la demande en paiement, elle sera suspendue après avoir été disjointe de la cause ouverte en assurance-maladie. Une ordonnance dans ce sens sera notifiée aux parties. La recourante, qui est représentée, a droit à 1'700 fr. de dépens (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure étant gratuite, il n'est pas prélevé de frais.

A/809/2011 - 16/16 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant Préalablement :

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