

# **GE\_GERICHTE ATAS/794/2021 vom 5. August 2021**

GE Cour de justice, 2021-08-05, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_794\\_2021](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_794_2021)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/794/2021 du 5 août 2021

IT: GE\_GERICHTE ATAS/794/2021 del 5 agosto 2021

## **Erwägungen**

### **E. 1**

a. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 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 prévues à l'art. 56 de la

A/2333/2020 - 4/11 - 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). b. En vertu de l'art. 58 LPGA, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (al. 1). Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège (al. 2). c. En l'espèce, la contestation, en tant qu'elle vise la facture litigieuse de CHF 3'758.90, porte sur une question relative à l'assurance-maladie obligatoire. Bien que le recourant ait été domicilié à l'étranger au moment du recours contre la décision du 3 juillet 2020, il a toutefois travaillé en dernier lieu dans le canton de Genève pour le CICR, inscrit au registre du commerce de ce même canton. En conséquence, la Cour de céans est compétente *ratione materiae et loci* pour statuer.

### **E. 2**

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAMal, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-maladie, à moins que la loi n'y déroge expressément.

### **E. 3**

Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était alors pendant devant la Cour de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82a LPGA ; RO 2020 5137 ; FF 2018 1597; erratum de la Commission de rédaction de l'Assemblée fédérale du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358).

### **E. 4**

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA et 60 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans les formes (art. 61 let. b LPGA ; art. 89B LPA) et délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA), le recours est recevable, sous réserve de ce qui fait l'objet du considérant 5b ci-dessous.

### **E. 5**

En tant que le recourant conclut à la condamnation de l'intimée à payer tous les frais de l'intervention et de l'hospitalisation de septembre 2016, il demande implicitement le remboursement de la facture de CHF 19'736.30 qui relève quant à elle de l'assurance complémentaire privée. Certes, à raison de la matière, la Cour de céans est également compétente pour connaître 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 ; art. 7 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 [CPC - RS 272] ; art. 134 al. 1 let. c LOJ).

A/2333/2020 - 5/11 - Cependant, à raison du lieu, la Cour de céans ne peut entrer en matière sur cette demande en paiement. En effet, 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). L'art. 17 al. 1 CPC prévoit la possibilité d'une élection de for écrite. Selon l'art. 31 des CGA, auxquelles se réfère la police d'assurance complémentaire d'hospitalisation Hospital Plus, pour toutes les actions au sujet du contrat d'assurance, sont compétents au choix, soit les tribunaux du domicile suisse de l'assuré et des ayants droits, soit ceux du siège de l'assureur. Or, en l'occurrence, le recourant n'est pas domicilié dans le canton de Genève, mais en Syrie. Le siège de HELSANA ASSURANCES COMPLÉMENTAIRES SA, assureur-maladie complémentaire privé, se trouve quant à lui dans le canton de Zurich. Partant, la Cour de céans n'est pas compétente *ratione loci* pour se prononcer sur les conclusions – implicites – du recourant tendant au remboursement de la facture de CHF 19'736.30 (étant de surcroît relevé que les prétentions découlant de la police d'assurance complémentaire d'hospitalisation Hospital Plus sont soumises à des règles de procédure distinctes). En conséquence, les conclusions implicites du recourant visant à la condamnation de son assurance complémentaire sont irrecevables. Dès lors, l'objet du litige examiné par la Cour de céans se limitera au point de savoir si l'intimée doit, au titre de l'assurance obligatoire des soins, prendre en charge les coûts afférents à la greffe ostéo-cartilagineuse de la rotule dont le recourant a bénéficié le 22 septembre 2016.

## **E. 6**

L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 en tenant compte des conditions des art. 32 à 34 (art. 24 al. 1 LAMal). À ce titre, les assureurs ne peuvent prendre en charge d'autres coûts que ceux des prestations prévues aux art. 25 à 33 (art. 34 al. 1 LAMal). Selon l'art. 25 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 (al. 1). Les prestations comprennent notamment les examens et traitements dispensés sous forme ambulatoire, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social ainsi que les soins dispensés dans un hôpital par des médecins, des chiropraticiens et des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin ou d'un chiropraticien (art. 25 al. 2 LAMal). Les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques (art. 32 al. 1 LAMal).

A/2333/2020 - 6/11 - Selon l'art. 33 al. 1 LAMal, le Conseil fédéral peut désigner les prestations fournies par un médecin ou un chiropraticien, dont les coûts ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins ou le sont à certaines conditions. Cette

disposition se fonde sur la présomption que médecins et chiropraticiens appliquent des traitements et mesures qui répondent aux conditions posées par l'art. 32 al. 1 LAMal. Il incombe ainsi au Conseil fédéral de dresser une liste « négative » des prestations qui ne répondraient pas à ces critères ou qui n'y répondraient que partiellement ou sous condition (ATF 131 V 338 consid. 1.3). D'après l'art. 33 al. 3 LAMal, le Conseil fédéral détermine également dans quelle mesure l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts d'une prestation, nouvelle ou controversée, dont l'efficacité, l'adéquation ou le caractère économique sont en cours d'évaluation. À l'art. 33 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102) et comme l'y autorise l'art. 33 al. 5 LAMal, le Conseil fédéral a délégué les compétences susmentionnées au Département fédéral de l'intérieur (DFI). Celui-ci en a fait usage en promulguant l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (OPAS - RS 832.112.31). Conformément à l'art. 1 OPAS, l'annexe 1 de cette ordonnance énumère les prestations visées par l'art. 33 let. a et c OAMal - dispositions reprenant textuellement les règles posées aux al. 1 et 3 de l'art. 33 LAMal - dont l'efficacité, l'adéquation ou le caractère économique ont été examinés par la Commission fédérale des prestations générales et des principes de l'assurance-maladie (CFPP) et dont l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts, avec ou sans condition, ou ne les prend pas en charge (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_328/2016 du

#### **E. 10**

En l'espèce, quoi qu'en dise le recourant, selon la jurisprudence constante, la garantie de paiement donnée à un établissement hospitalier représente une garantie de prestations de la caisse uniquement vis-à-vis de cet établissement. Elle a pour effet de dispenser l'assuré de fournir des sûretés ou des arrhes à ce dernier, mais elle ne constitue pas un engagement définitif de l'assureur envers l'assuré de prendre en

A/2333/2020 - 9/11 - charge les frais (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.67/04 du 13 juillet 2004 consid. 5.1 et les références). En effet, lorsqu'elle verse des prestations à un établissement hospitalier en vertu d'une garantie de paiement, la caisse-maladie ne fait le plus souvent qu'avancer, en lieu et place du patient, les frais de traitement encourus par ce dernier, sans examiner préalablement si le montant de cette avance correspond à celui des prestations assurées dans un cas concret : du moment que la garantie de paiement ne représente pas un engagement définitif envers l'assuré de prendre en charge ces frais, il est logique d'admettre que la caisse se réserve la possibilité d'en demander le remboursement à ce dernier (ATF 112 V 188 consid. 3). Partant, la délivrance d'une telle garantie n'est dès lors pas propre, à elle seule, à faire naître une prétention découlant du droit à la protection de la bonne foi (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K.35/04 du 29 juin 2004 consid. 6.3 ; voir également ATF 111 V 28, où le droit de l'assuré à la protection de la bonne foi n'a pas été reconnu, quand bien même la garantie de paiement était parvenue à l'établissement hospitalier avant l'hospitalisation; cf. également ATF 112 V 190 consid. 1 qui précise qu'à elle seule, une éventuelle omission - non répréhensible - de la caisse d'informer ses assurés sur la nature et la portée d'une garantie de paiement ne constitue pas une violation du droit à la protection de la bonne foi). Demeurent réservées des circonstances particulières où la garantie de paiement peut avoir la portée d'un tel engagement et où, par conséquent, le droit à la protection de la bonne foi peut être invoqué par l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.67/04 du 13 juillet 2004 consid. 5.1 et la référence). À cet égard, certes, la demande de garantie d'hospitalisation du 22 août 2016 mentionne expressément que

l'opération envisagée consistait en une greffe ostéocondrale. L'intimée, en prêtant l'attention usuelle, aurait pu reconnaître à la lecture de ce document que le recourant se trouvait dans une situation où il perdrait son droit aux prestations. En conséquence, elle aurait dû le mettre en garde sur le fait que cette intervention n'était pas du ressort de l'assurance obligatoire des soins. Toutefois, pour que le défaut de renseignement soit susceptible de déployer des effets sous l'angle du droit à la protection de la bonne foi et puisse lier l'intimée, encore faut-il que cette dernière soit intervenue dans une situation concrète à l'égard d'une personne déterminée – condition (a) posée par la jurisprudence – (cf. consid. 9 ci-dessus). Dans ce contexte, une garantie d'hospitalisation libellée à l'attention d'une clinique et non de la personne assurée elle-même, bien que lui ayant été communiquée, suffit à exclure la réalisation de cette condition (ATF 111 V 28 consid. 4 ; arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal fribourgeois 605 2018 294 du 18 février 2020 consid. 5.4). En l'occurrence, la garantie d'hospitalisation du 21 septembre 2016 a été adressée à l'Hôpital de La Tour, et non au recourant. Aussi la condition (a) précitée, cumulative, n'est-elle pas satisfaite.

A/2333/2020 - 10/11 - Il s'ensuit que le moyen soulevé n'est pas fondé.

#### **E. 11**

Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/2333/2020 - 11/11 - 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.