

# **GE\_GERICHTE ATAS/992/2016 vom 29. November 2016**

GE Cour de justice, 2016-11-29, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_992\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_992_2016)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/992/2016 du 29 novembre 2016

IT: GE\_GERICHTE ATAS/992/2016 del 29 novembre 2016

## **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 loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA - RS 221.229.1). À teneur des conditions d'assurance (édition 2014) produites par la demanderesse et de l'avis des deux parties, la demanderesse était liée à la défenderesse par un contrat d'assurance complémentaire soumis à la LCA dit « hospita » (ch. 1.6 des dispositions communes des CGA [ci-après : CGA/DC]), en l'occurrence en division demi-privée (« hospita demi-privée »). La chambre de céans est donc compétente à raison de la matière pour juger du cas d'espèce.

A/4064/2015 - 10/17 - b. Sauf disposition contraire de la loi (que ne constitue pas l'art. 46a LCA, en tant que, sur la question du for, il renvoie à une loi ayant été abrogée par le CPC, à savoir la loi du 24 mars 2000 sur les fors), le for est celui du domicile de la personne physique contre laquelle l'action est dirigée (art. 10 al. 1 let. a CPC), sans préjudice d'une élection de for écrite dont l'art. 17 al. 1 CPC consacre la possibilité. En l'occurrence, d'après le ch. 13 des CGA/DC, en cas de contestations découlant d'assurances selon les CGA et d'éventuelles dispositions particulières, la personne plaignante peut saisir au choix soit le tribunal de son domicile suisse, soit celui du siège de l'assureur ou de la caisse. La demanderesse ayant son domicile à Genève, la chambre de céans est compétente à raison du lieu pour connaître de la présente demande.

### **E. 2**

a. 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). b. 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). La maxime inquisitoire sociale est applicable (art. 247 al. 2 let. a CPC). c. Les parties peuvent renoncer, même tacitement, à la tenue d'une audience de débats principaux (art. 233 CPC, applicable par renvoi de l'art. 219 CPC ; ATF 140 III 450). Une renonciation par actes concluants aux débats principaux doit être admise si les parties, représentées par des mandataires professionnels ou des collaborateurs de leur service juridique, ne requièrent pas expressément la tenue d'une audience de débats, après que la cour cantonale, dans le cadre de la procédure initiée par le dépôt de la demande, a recueilli les dernières observations des plaideurs (arrêts du Tribunal fédéral 4A\_318/2016 du 3 août 2016 consid. 2.1 in fine ;

4A\_627/2015 du 9 juin 2016 consid. 2.3). Tel est le cas en l'espèce.

### **E. 3**

La question litigieuse en l'espèce est de savoir si le supplément de CHF 8'500.- que la clinique a réclamé à la demanderesse par le biais d'un dépôt lors de son hospitalisation, pour la spécificité de la radiothérapie intra-opératoire exclusive effectuée lors de son opération, est à la charge de la défenderesse, étant précisé que l'assurance-maladie sociale de la demanderesse a pris en charge, au titre de l'assurance obligatoire des soins, le forfait par cas de CHF 7'499.50, prévu par la position tarifaire J16Z du catalogue SwissDRG rémunérant une « mastectomie bilatérale pour néoformation maligne ou radiothérapie avec procédure opératoire pour maladies et troubles de la peau, du tissu sous-cutané et de la glande mammaire ». La chambre de céans n'a en l'occurrence pas à statuer sur le point de savoir quelle part du traitement hospitalier subi par la demanderesse l'assurance obligatoire des soins devait le cas échéant prendre en charge, d'autant plus que la décision sur

A/4064/2015 - 11/17 - opposition de CSS Assurance-maladie SA du 11 août 2015 confirmant le refus de prise en charge du « forfait IORT » litigieux de CHF 8'500.- est entrée en force. Un rappel de quelques règles applicables à l'assurance obligatoire des soins n'en est pas moins indiqué, dans la mesure où les montants susceptibles le cas échéant d'être à la charge de l'assurance-maladie complémentaire souscrite par la demanderesse rémunèrent des prestations non (entièrement) couvertes par l'assurance obligatoire des soins de cette dernière (ch. 1.1 CGA/hospita).

### **E. 4**

a. Selon l'art. 24 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 LAMal en tenant compte des conditions des art. 32 à 34 LAMal. Lesdites prestations servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (art. 25 al. 1 LAMal) ; elles 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 (en particulier par des médecins), et le séjour à l'hôpital correspondant au standard de la division commune (art. 25 al. 2 let. a et e LAMal). D'après l'art. 32 al. 1 phr. 1 LAMal, les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'art. 34 al. 1 LAMal prévoit qu'au titre de l'assurance obligatoire des soins, les assureurs ne peuvent pas prendre en charge d'autres coûts que ceux des prestations prévues aux art. 25 à 33 LAMal. b. Concernant la rémunération des fournisseurs de prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins, l'art. 42 al. 1 et 2 LAMal prévoit que, sauf convention contraire entre les assureurs et les fournisseurs de prestations, l'assuré est le débiteur de la rémunération envers le fournisseur de prestations et a, dans ce cas, le droit d'être remboursé par son assureur (système du tiers garant), mais que assureurs et fournisseurs de prestations peuvent convenir que l'assureur est le débiteur de la rémunération (système du tiers payant) ; en cas de traitement hospitalier, l'assureur, en dérogation à l'al. 1, est le débiteur de sa part de rémunération. c. Dans l'assurance obligatoire, les fournisseurs de prestations établissent leurs factures sur la base de tarifs ou de prix (art. 43 al. 1 LAMal). Les tarifs et les prix sont fixés par convention entre les assureurs et les fournisseurs de prestations (convention tarifaire) ou, dans les cas prévus par la loi, par l'autorité compétente ; si les partenaires tarifaires ne peuvent s'entendre sur une structure tarifaire uniforme, le Conseil fédéral la fixe (art. 43 al. 4 LAMal). Les fournisseurs de prestations doivent respecter les tarifs et les

prix fixés par convention ou par l'autorité compétente ; ils ne peuvent exiger de rémunération plus élevée pour des prestations fournies en application de la LAMal (art. 44 al. 1 phr. 1 LAMal). La convention tarifaire doit être approuvée par le gouvernement cantonal compétent ou, si sa validité s'étend à toute la Suisse, par le Conseil fédéral. 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

A/4064/2015 - 12/17 - 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 1000 groupes de cas ; chaque groupe ou DRG (Diagnosis Related Group) réunit des cas de traitement homogènes sur le plan 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, Krankenversicherung, in Sécurité sociale, éd. par Ulrich MEYER, 3ème éd., 2016, vol. XIV, p. 385 ss, n. 1018 ss ; Stéphanie PERRENOUD, L'assurance-maladie, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 212 et 367). d. 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, l'art. 39 LAMal précise les conditions de leur admission à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie, dont celle de figurer sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats (al. 1 let. e). 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). 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, op. cit., p. 651, n. 788 i.f., p. 669 ss,

A/4064/2015 - 13/17 - n. 854 ss ; sur l'ensemble de la question, cf. Stéphanie PERRENOUD, op. cit., p. 1 ss, n. 145 ss, 150 s., 181 ss, 211 ss, 322 ss, n. 354 s., 361 ss,

396 ss, 414).

## **E. 5**

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-maladie 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. 703-34 ; 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).

## **E. 6**

a. La demanderesse a choisi de se faire opérer à la clinique E\_\_\_\_\_, soit dans un hôpital dont elle ne pouvait ignorer et était en tout état responsable de savoir qu'il ne figurait sur la liste des hôpitaux admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins ni de son canton de résidence (celui de Genève) ni de celui du lieu de situation dudit hôpital (celui de Vaud). Ladite clinique avait cependant passé, en tant qu'hôpital non répertorié, une convention d'hospitalisation en catégorie « demi-privée » et « privée » et des accords tarifaires avec notamment son assureur-maladie complémentaire (la défenderesse), l'habilitant à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie (art. 49a al. 4 LAMal). Aussi ladite clinique a-t-elle facturé à l'assureur-maladie social de la demanderesse le forfait par cas de CHF 7'499.50 prévu par la position tarifaire J16Z du catalogue SwissDRG, en tant que prestation à la charge de l'assurance obligatoire des soins, et des prestations supplémentaires, à l'exclusion du « forfait IORT » litigieux, à l'assureur-maladie

A/4064/2015 - 14/17 - complémentaire de la demanderesse. S'il est possible qu'au moment de faire le dépôt de la somme de CHF 8'500,- à titre de « forfait IORT », lors de son entrée à la clinique, la demanderesse a espéré qu'elle en obtiendrait le remboursement de l'une ou l'autre de ses assurances-maladie – soit la sociale soit la complémentaire –, il ne fait pas de doute qu'elle savait alors qu'une convention tarifaire liait ladite clinique à la défenderesse et que cette dernière, en tant qu'assureur complémentaire, interviendrait en couverture d'au

moins certains coûts, importants, non couverts par son assureur-maladie social, mais dans les limites de la convention tarifaire. b. Selon la Conv. tarifaire, seules les prestations définies dans ladite convention et l'annexe 1 sont facturables à l'assureur ou, pour certains frais visés à l'al. 2 de cette disposition, aux patients (art. 3 al. 1), étant précisé que la Conv. tarifaire s'applique exclusivement aux cas de soins aigus somatiques lorsqu'une garantie a été délivrée (art. 2 al. 1), d'une part, et que la clinique renonce à tout dépôt pécuniaire sauf en cas de garantie partielle (art. 4 al. 3), d'autre part. Du fait du caractère complémentaire de l'assurance considérée, la technique juridique de délimitation des risques couverts consiste à recourir au procédé des exclusions indirectes ; les conditions contractuelles circonscrivent les risques de manière positive ; est couvert uniquement ce qui entre dans la définition restrictive donnée par les dispositions conventionnelles applicables (Bernard VIRET, op. cit., p. 690). Or, à la différence des prestations listées sur la facture de la clinique du

#### **E. 9**

Il n'est pas perçu de frais judiciaires (art. 114 let. e CPC), ni alloué de dépens à la charge de la demanderesse (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/4064/2015 - 17/17 - 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.