

## **GE\_GERICHTE A/1327/2004 vom 30. März 2005**

GE Cour de justice, 2005-03-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1327\\_2004](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1327_2004)

FR: GE\_GERICHTE A/1327/2004 du 30 mars 2005

IT: GE\_GERICHTE A/1327/2004 del 30 marzo 2005

### **Erwägungen**

#### **E. 2**

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. c de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la loi sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 et à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie et la demande de l'assurée doit être déclarée recevable.

#### **E. 3**

En matière d'assurances complémentaires, les parties sont liées par l'accord qu'elles ont conclu dans les limites de la loi, les caisses pouvant en principe édicter librement les dispositions statutaires ou réglementaires dans les branches d'assurances complémentaires. Selon la jurisprudence, celui qui signe un texte comportant une référence expresse à des conditions générales est lié au même titre que celui qui appose sa signature sur le texte même de celles-ci, quand bien même il ne les aurait pas lues (ATF 119 II 443). Les conditions générales font alors partie intégrante du contrat et doivent être interprétées selon les mêmes principes que les autres dispositions contractuelles (ATF 117 II 609). Selon le principe de la confiance, les déclarations de volonté qui n'ont pas été comprises de la même manière par les parties s'interprètent d'après le sens que leur destinataire pouvait et devait leur donner de bonne foi, compte tenu de l'ensemble des circonstances (ATF 116 II 345 ; 116 Ia 56, consid. 3b; 113 II 49, consid. 1a). On admettra en général que le destinataire devait se fonder sur les circonstances qu'il connaissait ou aurait dû connaître au moment de la déclaration. Par ailleurs, selon une jurisprudence constante, lorsqu'une clause contractuelle figurant dans des conditions générales rédigées d'avance par l'une des parties peut, en toute bonne foi, être comprise de différentes façons, ces clauses soient interprétées contre leur auteur (in dubio contra stipulatorem : ATF 115 V 264, consid. 5a; 112 V 142, consid. 4c). Une disposition contractuelle ne sera toutefois interprétée en défaveur de l'assureur que lorsqu'il s'avère, après une interprétation soigneuse et objective, qu'elle peut de bonne foi être comprise de différentes façons (SJ 1996 p. 623). En ce qui concerne la couverture des risques dans le contrat d'assurance, les règles générales d'interprétation sont complétées par l'art. 33 de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA), selon lequel l'assureur répond de tous les événements qui présentent le caractère du risque contre les conséquences duquel l'assurance a été conclue, à moins que le contrat n'exclue certains événements d'une manière précise, non équivoque. Selon l'art. 26 (26.1, 26.2 et 26.3) CGA, lorsqu'une maladie ou un accident donne probablement droit à des prestations, il y a lieu de veiller aussi rapidement que possible à ce que des soins médicaux adéquats soient prodigués. L'assuré est tenu de se conformer aux prescriptions du médecin ou des

autres fournisseurs de prestations. L'assureur est en droit de demander aux fournisseurs de prestations tous documents et renseignements complémentaires, notamment des certificats médicaux. Il est de plus tenu, sur ordre de l'assureur, de se soumettre à un examen par des médecins mandatés par l'assureur (médecin-conseil). Aucune prestation n'est versée, notamment pour les traitement dont l'efficacité, l'adéquation et le caractère économique ne sont pas démontrés selon des méthodes scientifiques (art. 31.2 CGA). En cas de traitement ambulatoire, les factures détaillées et les pièces originales correspondantes doivent être renvoyées à l'assureur à la fin du traitement, mais au moins une fois par année (art. 27 CGA). Toute entrée à l'hôpital doit être annoncée immédiatement à l'assureur, mais au plus tard après 5 jours. A la demande de l'assuré, l'assureur délivrera une garantie de paiement lors de son entrée à l'hôpital (art. 28.1 et 28.2 CGA). Aux termes de l'art. 6 (6.1 et 6.2) CCA, les prestations hospitalières sont accordées : si, en considération du diagnostic et du traitement médical dans son ensemble, il y a une nécessité de séjourner dans un hôpital pour soins aigus (art. 6.1 CCA). Elles sont accordées pour l'hôpital pour soins aigus ou la division d'hôpital, dans lesquels l'assuré doit séjourner pour des raisons médicales (art. 6.2 CCA). Aussi longtemps que les conditions relatives à l'octroi des prestations sont remplies, les prestations couvrent tous les frais de séjour et de traitements scientifiquement reconnus, dans un hôpital pour soins aigus, ainsi que les frais de traitement des médecins en fonction de l'assurance convenue (division commune, mi-privée ou privée) et selon le tarif reconnu par l'assureur (art. 7.1 CCA). Si une intervention ambulatoire moins coûteuse permet d'éviter un séjour stationnaire dans un hôpital pour soins aigus (traitement semi-hospitalier) et si une convention existe entre l'institution dans laquelle l'intervention ambulatoire est pratiquée et l'assureur, les frais de l'intervention sont pris en charge par l'assurance hospitalisation PE selon les tarifs conventionnels. Aucune participation aux coûts ne sera perçue pour les frais excédant les prestations légales obligatoires (art. 7.2 CCA). Ces dispositions contractuelles sont claires et n'ont, partant, pas besoin d'être interprétées. Les prestations hospitalières ne sont accordées que si, en considération du diagnostic et du traitement médical dans son ensemble, il y a une nécessité, dictée par des raisons médicales, de séjourner dans un hôpital pour soins aigus (art. 6.1 et 6.2 CCA).

#### **E. 4**

En l'espèce, il convient de déterminer si l'hospitalisation d'une nuit de la recourante, suite à l'opération de la cataracte de son œil gauche, était nécessitée par des raisons médicales ou non, étant entendu que l'opération de la cataracte constituait un traitement dont l'efficacité, l'adéquation et le caractère économique n'ont pas été remis en cause par les parties. Selon les premières déclarations du médecin ayant opéré la recourante, le Dr A \_\_\_\_\_ (courrier du 8 octobre 2003), l'intervention chirurgicale s'était déroulée sans problème. Il ne voyait pas d'indication médicale ou ophtalmologique spécifique à l'intervention elle-même, justifiant que la patiente restât à l'hôpital. Néanmoins, en raison des antécédents de décollement de rétine et de la distance entre la clinique et le domicile de la patiente, qui aurait dû revenir à la clinique le lendemain de l'intervention pour un contrôle, il avait suggéré à cette dernière qu'elle passât la nuit dans le service, ceci afin de faciliter le suivi post-opératoire et son confort. En date du 5 novembre 2003, ce médecin a expliqué au médecin-conseil de l'intimée que selon une décision de la commission paritaire pour le catalogue des prestations hospitalières en Suisse, pour les opérations de cataractes, « c'était à l'opérateur de décider de sa propre compétence si le patient était opéré de manière ambulatoire ou hospitalière. L'opérateur n'était pas obligé de justifier une hospitalisation dans chaque cas ». En outre, la commission des assurances de la société suisse

d'ophtalmologie avait élaboré une échelle à points qui donnait une indication pour juger si une opération devait être plutôt faite ambulatoirement ou avec hospitalisation. En l'occurrence, la patiente avait reçu, sur cette échelle, 5 points sous le critère « désir du patient », 5 points pour « les problèmes de déplacement » et 3 points en ce qui concernait l'opération de la cataracte elle-même pour « status après opération de la rétine ». Or, selon cette commission, dès qu'une valeur de 10 points était dépassée, aucune explication supplémentaire n'était nécessaire pour le traitement en hôpital. Enfin, en date du 4 novembre 2004, le Dr A\_\_\_\_\_ a confirmé au médecin-conseil de l'assurance que sa patiente était sous traitement anti-coagulation de Sintrom à vie. Ainsi, l'intervention effectuée sur l'assurée était une intervention à haut risque, étant donné le status post-vitrectomie chez une patiente anticoagulée. Le risque d'hémorragie précoce était tout à fait réel, compte tenu de l'instabilité du cristallin dans le sac capsulaire de l'œil vitrectomisé. Le maintien en hospitalisation pour 24 heures se justifiait pour cette seule raison. En l'occurrence, il découle clairement des premières déclarations du Dr A\_\_\_\_\_, faites spontanément, que l'hospitalisation d'une nuit de la patiente ne trouvait pas d'indications médicales ophtalmologiques et que c'était pour d'autres raisons - non médicales, tel le confort de la patiente -, qu'il avait été proposé à cette dernière de passer une nuit dans le service. Quant aux deuxième déclarations de ce médecin, il y a lieu de constater que dans un contrat de droit privé, seules les clauses du contrat, des conditions générales y relatives et de la LCA sont applicables. Or, il ne ressort ni de la LCA, ni de la police d'assurance, ni des CGA ou des CCA que les parties devraient être soumises aux décisions de la commission paritaire pour le catalogue des prestations hospitalières en Suisse ou à l'échelle de points élaborée par la commission des assurances de la société suisse d'ophtalmologie. Il y a lieu à cet égard de relever que 10 points ont été attribués, sur cette échelle, à la recourante, pour des questions de confort et de déplacement, ce qui confirme que l'hospitalisation n'a pas eu lieu pour des raisons médicales. Ces deuxième déclarations du médecin traitant ne permettent ainsi pas de reconnaître à l'hospitalisation une nécessité médicale. Dans ses dernières déclarations, le Dr A\_\_\_\_\_ indique que le risque d'hémorragie précoce dû au fait que la patiente était sous anticoagulation justifiait à lui seul l'hospitalisation. Il est étonnant que cette raison ait été invoquée plus d'une année après le début du litige. En outre, ce médecin revient sur ses déclarations d'octobre 2003, selon lesquelles il n'y avait aucune indication médicale ou ophtalmologique spécifique à l'intervention elle-même, justifiant que la patiente restât à l'hôpital. Or, lors de déclarations contradictoires, l'on peut d'après l'expérience générale de la vie estimer que la première affirmation, faite dans l'ignorance des conséquences juridiques qu'elle aurait, est conforme à la vérité. De surcroît, le médecin-conseil de l'intimée a estimé que cet élément (patiente sous anti-coagulation au Sintrom) ne suffisait pas à justifier un séjour stationnaire à l'hôpital. Enfin, il y a lieu de relever que les arguments de la recourante, selon lesquels l'art. 6 CCA (nécessité de séjour dans un hôpital pour soins aigus justifié pour des raisons médicales) contreviendrait aux art. 19 et 20 CO, ainsi qu'à l'art. 27 al. 2 CC doivent être réfutés. En effet, des dispositions semblables à l'art. 6 CCG se retrouvent non seulement dans la plupart des assurances complémentaires selon la LCA, mais encore dans l'assurance de base selon la LAMal et ne violent pas les principes consacrés par les art. 19 et 20 CO et 27 al. 2 CC, mais permettent de limiter une prise en charge hospitalière aux seuls séjours médicalement justifiés, ce qui est bien conforme aux buts d'une assurance. Au vu des éléments qui précèdent, il y a lieu de constater que l'hospitalisation d'une nuit de la demanderesse, suite à l'opération de la cataracte de son œil gauche, n'était pas justifiée

médicalement, mais par des raisons de confort personnel; ce type d'hospitalisation a été explicitement exclu par les CCA de l'assurance. L'intimée n'a donc pas à prendre en charge les frais médicaux liés à cette hospitalisation.

#### **E. 5**

Cependant, il n'est pas contesté que l'opération de la cataracte elle-même constituât un traitement médical approprié et économique, démontré selon des méthodes scientifiques. L'assurance devra donc prendre en charge les coûts correspondant au traitement ambulatoire nécessaire, selon les tarifs conventionnels et si tant est qu'il existât une convention entre les HUG et la Concordia (art. 7.2 CCA), voire sur la base LAMal, le cas échéant, puisque lorsqu'une hospitalisation est inappropriée et qu'à dire de spécialiste un traitement ambulatoire est indiqué, l'assuré a droit à la prise en charge des coûts correspondant au traitement ambulatoire nécessaire (RAMA 2000 n° KV 100 p. 6). \*\*\*\*\*

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