

GE_GERICHTE A/2465/2010 vom 19. April 2012

GE Cour de justice, 2012-04-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2465_2010

FR: GE_GERICHTE A/2465/2010 du 19 avril 2012

IT: GE_GERICHTE A/2465/2010 del 19 aprile 2012

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 19.04.2012
A/2465/2010

A/2465/2010 ATAS/529/2012 du 19.04.2012 (LCA) , PARTIELMNT ADMIS En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2465/2010 ATAS/529/2012 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 19 avril 2012 3ème Chambre En la cause Madame C _____, domiciliée à Chambésy, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Mauro POGGIA demanderesse contre HELSANA ASSURANCES SA, sise avenue de Provence 15, 1001 Lausanne défenderesse EN FAIT Madame C _____ (ci-après : l'assurée), née en 1942, est affiliée, pour l'assurance obligatoire des soins, à MUTUEL ASSURANCES (ci-après : l'assurance de base). Elle a en outre conclu avec HELSANA ASSURANCES SA (ci-après : l'assurance complémentaire) une police « HOSPITAL BONUS PLUS » lui permettant une hospitalisation en division semi-privée dans toute la Suisse. La vision de l'œil gauche de l'assurée s'est progressivement dégradée. Par courrier du 28 janvier 2010, le Dr L _____, spécialiste FMH en ophtalmologie et en chirurgie ophtalmologique, a informé les assureurs qu'il entendait procéder, le 15 février 2010, à une intervention visant à implanter un cristallin artificiel rigide de grand diamètre nécessitant une grande ouverture cornéo-sclérale et des sutures en nylon. Selon lui, deux possibilités s'offraient s'agissant de sa patiente : soit l'opérer en début de programme (c'est-à-dire à 7h45), ce qui impliquerait une hospitalisation la veille afin de permettre la dilatation de la pupille (ce qui nécessitait 1h30 à 2h), soit l'opérer en fin de programme, de sorte qu'elle ne soit hospitalisée que le jour même ; dans les deux cas, la sortie de clinique était prévue le lendemain de l'intervention. L'assurance de base (MUTUEL ASSURANCES) a accepté de prendre en charge trois jours d'hospitalisation au maximum. L'assurance complémentaire a quant à elle refusé d'entrer en matière au motif que l'intervention pouvait se dérouler de manière ambulatoire (cf. télécopie du 5 février 2010 au Dr L _____). Par télécopie du 5 février 2010, le Dr L _____ a contesté cette position. Le même jour, la Dresse M _____, spécialiste FMH en médecine générale interne et médecin-conseil de l'assurance complémentaire, a maintenu que l'intervention pouvait se dérouler en ambulatoire. L'intervention a été pratiquée le 15 février 2010 comme prévu. L'assurée a alors demandé à son assurance complémentaire de bien vouloir revoir sa position, ce que cette dernière a refusé par courrier du 2 mars 2010. La Clinique Générale Beaulieu, où a été pratiquée l'intervention, a émis le 23 février 2010 une facture d'un montant total de 5'710 fr. 45. L'assurance de base a pris en charge 2'077 fr. 20. Aux 3'633 fr. 25 restant dus à la clinique se sont ajoutées, selon les déclarations de l'assurée, la facture de l'anesthésiste (1'157 fr.) et une du Dr L _____ (7'005 fr.), de sorte que c'est finalement un montant de 11'795 fr. 25 qui a été acquitté par l'assurée. Le 13 juillet 2010, l'assurée a saisi le Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS) - alors compétent - d'une demande en

paiement à l'encontre de son assurance complémentaire. La demanderesse conclut à ce que l'assureur soit condamné à lui verser la somme de 11'795 fr. 25 avec intérêts à 5 % dès le 24 juin 2010. La demanderesse s'étonne en premier lieu du fait que son assurance complémentaire refuse non seulement de prendre en charge les frais d'hospitalisation mais également ceux de l'intervention (anesthésiste et chirurgien). Pour le reste, elle soutient que, selon les explications fournies par le Dr L _____, l'opération à laquelle elle s'est soumise ne pouvait être pratiquée en ambulatoire sans lui faire courir un risque accru. A cet égard, elle allègue que, dans son cas, il a fallu mettre en place un implant rigide et de grand diamètre, ce qui a nécessité une grande ouverture de la cornée avec des risques de complications postopératoires pouvant entraîner la perte totale de la vision de l'œil gauche. L'assurée soutient que la durée d'hospitalisation a été réduite au strict minimum puisqu'elle a été opérée en début de journée afin de permettre une observation postopératoire d'un minimum de 24 heures. Invité à se déterminer, la défenderesse, dans sa réponse du 10 août 2010, a conclu au rejet de la demande. L'assurance se réfère à l'avis de son médecin-conseil, la Dresse M _____, qui motive le refus de prise en charge par le fait que le traitement de la cataracte est l'une des interventions les plus courante du monde, qu'elle dure 15 à 20 minutes, que la durée de soins actifs (y compris préopératoires et postopératoires) n'est que de deux à trois heures au maximum et qu'il n'existe aucun argument pouvant justifier une hospitalisation. La Dresse M _____ admet que la mise en place d'un cristallin artificiel tel que celui posé chez l'assurée nécessite une grande ouverture mais conteste que le taux de complication soit suffisant pour justifier une surveillance en milieu hospitalier, d'autant que l'assurée était encore plutôt jeune et qu'elle ne présente aucune comorbidité pouvant mettre en danger son état de santé et provoquer des complications postopératoires graves. L'assurance invoque par ailleurs ses conditions générales, lesquelles excluent la couverture d'assurance en cas de traitement inefficace, inadéquat ou non économique, c'est-à-dire ne se limitant pas à l'intérêt de la personne assurée. La défenderesse s'estime dans ces conditions légitimée à refuser la prise en charge de frais résultant d'un traitement non-économique. Dans ce contexte, elle rappelle notamment que le Dr L _____ n'a jamais allégué que l'un des critères émis par la Société suisse d'ophtalmologie (SSO) pour admettre un séjour hospitalier était rempli; il a simplement indiqué que l'hospitalisation était justifiée par la grandeur de l'incision à effectuer, critère qui ne figure pas au nombre de ceux retenus par la SSO. La défenderesse ajoute qu'en tant qu'assurance privée, elle n'est pas liée par la position de l'assurance de base, dont elle relève qu'elle n'a pas, dans le cas de la demanderesse, cherché à évaluer la nécessité d'une hospitalisation. En effet, les coûts engendrés par l'hospitalisation (moins de 2'300 fr.) se situaient en-dessous de la moyenne de ceux occasionnés par des opérations de la cataracte en ambulatoire selon Tarmed (montant moyen : 2'736 fr.). Enfin, la défenderesse soutient que c'est pour des motifs de confort que l'assurée a choisi la solution la plus coûteuse, décidant d'être hospitalisée deux nuits alors que le Dr L _____ lui avait également proposé une solution permettant de réduire la durée d'hospitalisation à une seule nuit. La défenderesse en tire la conclusion que choix de l'assurée ne respecte pas le principe de l'économicité. Une audience d'enquêtes s'est tenue en date du 4 novembre 2010. Entendu à cette occasion, le Dr L _____ a expliqué, s'agissant de la nuit préopératoire que, dans le cas de jeunes patients "relax" et en forme, il lui était arrivé d'y renoncer en cas d'opération de première heure ; l'expérience lui avait montré que c'était une mauvaise idée lorsque les patients arrivaient stressés et tendus sur la table d'opération. Quant à la nuit postopératoire, elle lui paraissait nécessaire en raison des implants utilisés et

de la surveillance qu'ils nécessitaient. Le témoin a expliqué qu'il préfère les implants rigides. Certes, ils sont de plus grande dimension et impliquent donc une incision plus importante mais ils présentent l'avantage d'être plus sûrs à moyen et long termes (en termes d'opacification par exemple) que les implants souples communément utilisés aujourd'hui. La technique a pour conséquence que l'intervention dure un peu plus longtemps (au moins une heure voire plus) et une nuit de surveillance postopératoire s'impose alors, quel que soit le patient. S'agissant des recommandations de la SSO, le témoin a indiqué être parvenu, dans le cas de la demanderesse, à un total de 8 points (5 en raison de la peur, 3 en raison de l'anesthésie "stand by"). Il a précisé que ces recommandations ne constituent qu'une indication permettant de simplifier la situation et d'éviter les discussions dans les cas clairs, mais que la décision finale n'est que du seul ressort du médecin. Enfin, le médecin a relevé qu'une opération en stationnaire peut se révéler plus avantageuse pour l'assurance de base qu'une opération en ambulatoire dès lors que la première bénéficie du forfait journalier, lequel peut être particulièrement bas dans certains cantons. La défenderesse a émis l'avis qu'il n'était pas exclu que l'assurance de base se soit livrée à un raisonnement plus économique que médical. Entendue à son tour, la Dresse M _____ a expliqué avoir préavisé négativement la prise en charge d'une nuit préopératoire parce qu'il lui était apparu qu'il s'agissait d'une hospitalisation de confort, justifiée par le seul fait que des gouttes de dilatation devaient être appliquées très tôt le matin, fait qui relève selon le médecin conseil de l'organisation de l'établissement hospitalier, mais ne constitue pas une donnée médicale suffisante pour admettre l'hospitalisation. De même, l'assurée aurait pu s'administrer elle-même un calmant le soir précédent. Sur ce dernier point, le témoin a ajouté qu'il lui paraissait plus anxiogène pour le patient de devoir attendre l'heure de l'opération, seul dans sa chambre d'hôpital, plutôt que de dormir chez lui ; qui plus est, en arrivant à 6h- 6h30 à la clinique, la patiente aurait eu le temps de se faire appliquer les gouttes. Quant à la nuit d'hospitalisation postopératoire, la Dresse M _____ a allégué qu'il lui paraissait exagéré de prévoir des complications avant même d'opérer ; à cet égard, elle a indiqué n'avoir pas trouvé dans la littérature d'indications selon lesquelles le taux de complication en cas d'implant rigide serait plus élevé qu'en cas d'implant souple. La Dresse M _____ a précisé qu'elle ne se serait pas opposée à la prise en charge d'une nuit d'hospitalisation postopératoire si des éléments concrets durant l'opération avaient fait craindre un risque accru de complications. Le témoin a émis l'avis que, sauf cas exceptionnel, une opération de la cataracte doit se faire en ambulatoire ; ce n'est qu'en présence de comorbidités importantes et laissant craindre des complications qu'un préavis positif peut être donné préalablement à l'opération. Par ailleurs, en cas de complications graves (décompensation du diabète ou hémorragie), le patient doit être conduit aux urgences. Sachant qu'une opération en ambulatoire ne peut être pratiquée qu'en cabinet et non en clinique privée (ces dernières les estimant insuffisamment rentables), le témoin a reconnu qu'en ce cas, l'assurance complémentaire « ne sert à rien ». Enfin, le témoin a souligné ne tenir compte, dans son évaluation, ni de la durée d'affiliation d'un assuré à l'assurance complémentaire, ni de l'usage qu'il en a fait. Par écriture du 3 décembre 2010, la défenderesse a relevé que le Dr L _____ avait admis qu'assurance de base et assurance complémentaire pouvaient décider selon des critères différents. La défenderesse note par ailleurs que le Dr L _____ n'a justifié l'hospitalisation de l'assurée que par le diamètre de la lentille et le matériau utilisé, deux éléments qui n'ont aucune influence sur la nécessité d'une hospitalisation. La défenderesse en veut pour preuve le fait que ces éléments ne fassent pas partie des critères retenus par la SSO. Elle a ajouté que le Dr

L _____ a du reste admis que seuls huit points pouvaient être accordés à l'assurée sur la base des directives en question, ce qui est insuffisant pour justifier une hospitalisation. Enfin, la défenderesse a suggéré d'interroger par écrit l'Augenspital de Bâle et/ou l'Hôpital ophtalmique Jules-Gonin de Lausanne. Le 13 décembre 2010, la demanderesse a répliqué en s'interrogeant sur la légalité de l'introduction du principe d'économicité - appliqué normalement en assurance obligatoire - dans les conditions générales de l'assurance complémentaire. La demanderesse fait remarquer que l'opération en ambulatoire ne peut être pratiquée de facto qu'en cabinet puisque les cliniques privées les estiment insuffisamment rentables. Elle soutient par ailleurs que le fait que l'on puisse théoriquement procéder à une telle intervention en ambulatoire ne permet pas encore de conclure que tel aurait dû être son cas. Selon la demanderesse, l'assurance ne peut refuser sa prise en charge que si les soins reçus ne se justifient par aucune raison objective, ce qui n'est pas son cas puisque le Dr L _____ a motivé sa position. Qui plus est, son cas est particulier puisqu'à Genève, les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) n'acceptent pas les médecins installés en cabinet de sorte que c'est un médecin désigné par l'hôpital qui pratique l'opération ; le patient ne peut donc choisir son médecin, à moins de se rendre dans une clinique privée, laquelle refuse de mettre une salle opératoire à disposition pour une opération en ambulatoire. La demanderesse en tire la conclusion qu'elle était placée devant l'alternative suivante : choisir son médecin et être opérée par lui à condition de passer au moins une nuit en clinique ou être opérée aux HUG à charge de l'assurance de base et sans pouvoir choisir son médecin. Elle y voit une exclusion de fait de la couverture d'assurance complémentaire. Or, un contrat d'assurance est réputé couvrir le risque pour lequel il a été conclu sous réserve d'une exclusion suffisamment claire et précise. La demanderesse allègue que si un assuré doit renoncer au libre choix de son médecin, cela revient à supprimer le bénéfice de l'assurance souscrite, qui l'a été dans le but - précisément - de pouvoir choisir son médecin et de bénéficier d'une hospitalisation en semi-privé. En d'autres termes, il y a selon elle exclusion implicite d'une prestation garantie. Par courriers du 26 mai 2011, la Cour de céans a interrogé l'Augenspital de Bâle d'une part, l'Hôpital ophtalmique Jules-Gonin de Lausanne d'autre part. Le Prof. N _____, Chef de service au sein de la Clinique ophtalmique Jules GONIN, a répondu par courrier du 8 juin 2011. Il a notamment précisé que l'opération de la cataracte réalisée par phacoémulsification à travers des ouvertures cornéennes de petite taille et d'une longueur inférieure n'entraîne en général pas d'hospitalisation. Dans des situations exceptionnelles (notamment en cas de cataracte hyper mûre), cette technique ne peut être utilisée et l'on recourt alors à une technique chirurgicale différente, d'extraction extracapsulaire, avec une ouverture cornéosclérale large, nécessitant une hospitalisation. Le Prof. N _____ a précisé qu'une brève hospitalisation peut en outre être nécessaire si des complications chirurgicales faisant appel à des manœuvres chirurgicales élaborées apparaissent au cours de l'intervention, lorsque des patients non accompagnés, vivant seuls, souffrent d'un état de santé déficient ou enfin, lorsque l'intervention doit se faire sous anesthésie générale. Le Prof. N _____ a confirmé que la chirurgie de la cataracte réalisée par une ouverture large et l'implantation d'une lentille rigide peut éventuellement nécessiter une hospitalisation en raison de la taille de l'incision. Par courrier du 21 juin 2011, le Dr O _____, médecin-chef suppléant au sein de l'Augenklinik de Bâle, a quant à lui confirmé qu'en cas d'utilisation d'un cristallin artificiel en PMMA rigide, une ouverture cornéosclérale plus large doit être pratiquée, précisant que cette technique ne justifie pas, per se, une hospitalisation, dès lors que l'ouverture plus large peut être sécurisée, en cas de

nécessité, par des points cornéoscléraux fins (par exemple en Nylon 10-0). Selon le Dr O _____, cette technique peut entraîner des complications susceptibles d'être réduites par des points cornéoscléraux. Une hospitalisation prolongée n'apporte aucune sécurité supplémentaire. Le matériaux utilisé et le diamètre du cristallin déterminent la taille de l'incision cornéosclérale. Une suture cornéosclérale temporaire n'est pas, en soi, une indication pour une hospitalisation. Par écriture du 13 juillet 2011, la défenderesse a persisté dans ses conclusions en relevant que la demanderesse est en bonne santé et que l'intervention ne présentait pas de difficultés notoires. Quant à la demanderesse, elle a fait valoir, par écriture du 18 août 2011, que les médecins interrogés exerçaient tous deux au sein d'une clinique universitaire qui assumait les conséquences en cas de difficultés postopératoires. La demanderesse soutient qu'il leur est ainsi plus facile, dans le cadre d'une clinique universitaire, d'attendre le résultat de l'opération pour décider s'il est opportun d'hospitaliser le patient. Elle ajoute qu'en cas de complications, le chirurgien qui intervient seul dans son cabinet, se retrouve sans possibilité de recourir à l'assistance d'un chirurgien ophtalmologue, alors qu'en clinique universitaire, un autre opérateur est immédiatement disponible. La demanderesse fait remarquer que, depuis l'entrée en vigueur de la loi et du nouveau tarif, l'hospitalisation de jour de moins de 24 heures n'existe plus ; on parle d'hospitalisation dès qu'un patient passe une nuit en clinique, même s'il y séjourne moins de 24 heures. Pour la demanderesse, la politique de l'assurance vise uniquement « à renvoyer l'ensemble des patients devant être opérés de la cataracte dans un hôpital universitaire et cela, à la charge de l'assurance de base ». Le libre choix du médecin pour ce type d'opération serait donc un leurre. EN DROIT a) 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, des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10) relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA ; RS 221.229.1). Depuis le 1^{er} 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 9 octobre 2009). A teneur de l'art. 4 des conditions générales d'assurances (CGA) de la défenderesse, édition du 1^{er} janvier 2008, l'assurance en cause dans le présent litige est soumise à la LCA sauf dérogations prévues par le contrat, de sorte que la Cour de céans est compétente *ratione materiae* pour en connaître. b) Selon l'art. 31 CGA, les tribunaux du domicile suisse des personnes assurées et des ayants-droit ainsi que les tribunaux du siège de l'assureur sont compétents *ratione loci*. A teneur de la jurisprudence, la compétence se détermine, conformément au principe de la *perpetuatio fori*, en fonction de la date d'ouverture de la procédure (ATF 130 V 90 consid. 3.2, 129 III 406 consid. 4.3.1). Jusqu'au 31 décembre 2010, ce type d'élection de for était admissible en vertu de l'art. 9 de la loi fédérale sur les fors en matière civile, du 24 mars 2000 (Loi sur les fors, LFors ; RS 272) par renvoi de l'art. 46a LCA. Avec l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2011, du unifiant la procédure civile, la LFors a été abrogée (annexe 1 au CPC, RO 2010 1739, p.1836) et la compétence à raison du lieu des tribunaux est désormais régie par les art. 9 et ss CPC. Cependant, conformément à l'art. 404 al. 2 CPC, la compétence accordée en application de l'ancien droit est maintenue. Par ailleurs, même si l'art. 46a LCA n'a pas été modifié en conséquence, l'élection de for prévue par l'art. C8 CGA paraît admissible en application de l'art. 17 CPC. En l'espèce, la demanderesse est domiciliée à Genève de sorte que les

juridictions genevoises sont compétentes à raison du lieu compte tenu de l'élection de for prévue par l'art. 31 CGA en ce qui concerne les prétentions relevant du contrat d'assurance. En effet, lors du dépôt de la demande, le 13 juillet 2010, la LFors était encore applicable de sorte que l'élection de for prévue par l'art. 31 CGA était admissible. c) S'agissant des règles de procédure applicables, l'art. 404 al. 1 CPC prévoit que les procédures en cours à l'entrée en vigueur de la loi sont régies par l'ancien droit de procédure jusqu'à la clôture de l'instance. A teneur de l'art. 89A de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA ; E 5 10), les dispositions de la LPA demeurent applicables aux procédures pendantes devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (anciennement Tribunal cantonal des assurances sociales) en tant qu'il n'y est pas dérogé. En l'espèce, s'agissant d'une procédure introduite avant le 31 décembre 2010, les dispositions de procédure de la LPA demeurent applicables. d) Pour le surplus, la demande respecte la forme prévue à l'art. 89B LPA. Partant, elle est recevable. Comme indiqué précédemment, l'assurance en cause est une assurance complémentaire soumise à la LCA. La LCA a subi des modifications. La nouvelle du 17 décembre 2004 (FF 2003 3353) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2006, respectivement le 1^{er} 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 (ATF 130 V 446 consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2). Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'assureur complémentaire a refusé de prendre en charge l'opération de la cataracte de la demanderesse. Pour les contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10), les cantons prévoient une procédure simple et rapide dans laquelle le juge établit d'office les faits et apprécie librement les preuves (art. 85 al. 2 de la loi fédérale du 17 décembre 2004 sur la surveillance des entreprises d'assurance - LSA ; RS 961.01). En introduisant cet allègement de procédure, 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 du code des obligations - CO ; RS 220), 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 p. 238). Par ailleurs, la maxime inquisitoire laisse le juge libre dans sa manière d'apprécier les preuves et ne lui interdit pas de renoncer à un moyen de preuve par appréciation anticipée. Ni la maxime inquisitoire, ni d'ailleurs le droit à la preuve d'une partie ne sont violés lorsque le juge refuse une mesure probatoire parce qu'il est déjà convaincu qu'une allégation de fait a été établie ou réfutée (en matière de droit à la preuve, ATF 129 III 18 consid. 2.6 et les arrêts cités). Le principe de la libre appréciation des preuves signifie que le juge apprécie librement les

preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATF 4A_253/2007 du 13 novembre 2007, consid. 4.2). Au surplus, la maxime inquisitoire sociale ne modifie pas la répartition du fardeau de la preuve (arrêt 4C.185/2003 du 14 octobre 2003, consid. 2.1). Pour toutes les prétentions fondées sur le droit civil fédéral, l'art. 8 CC, en l'absence de règles contraires, répartit le fardeau de la preuve et détermine, sur cette base, laquelle des parties doit assumer les conséquences de l'échec de la preuve (arrêt du Tribunal fédéral 4C.386/2006 du 18 avril 2007 consid. 4.1, non publié in ATF 133 III 323 et ATF 130 III 321 consid. 3.1). En tant que règle sur le fardeau de la preuve, elle ne s'applique que si le juge, à l'issue de l'appréciation des preuves, ne parvient pas à se forger une conviction dans un sens positif ou négatif (ATF 132 III 626 consid. 3.4 et ATF 128 III 271 consid. 2b/aa). Ainsi, lorsque l'appréciation des preuves le convainc de la réalité ou de l'inexistence d'un fait, la question de la répartition du fardeau de la preuve ne se pose plus (ATF 128 III 271 consid. 2b/aa). Si, à l'issue de l'appréciation des preuves, le juge reste dans le doute, il ne doit appliquer l'art. 8 CC que s'il n'existe pas une règle spéciale de droit fédéral instituant une présomption (ATF 130 III 321 consid. 3.1). Dès lors qu'il conclut qu'une preuve est apportée, le juge n'a plus à appliquer des règles sur le fardeau de la preuve, à l'exemple de l'art. 8 CC, ou des règles instituant des présomptions. 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. Il y a vraisemblance prépondérante lorsqu'il est possible que les faits pertinents se soient déroulés différemment, mais que les autres possibilités ou hypothèses envisageables n'entrent pas raisonnablement en considération (arrêt 4A_193/2008 du 8 juillet 2008 consid. 2.1.2; ATF 130 III 321 consid. 3.3 et les références citées). 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). 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). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, 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 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. S'il existe des avis contradictoires, il 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 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). 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 édicter librement les dispositions statutaires ou réglementaires dans les branches d'assurances complémentaires (ATAS/1104/2006). Les principes généraux de l'interprétation des contrats s'appliquent au contrat d'assurance. En effet, l'art. 100 LCA renvoie au droit des obligations, et partant, au code des obligations (CO; RS 220). Lorsqu'il s'agit de déterminer le contenu d'un contrat d'assurance et des conditions générales qui en font partie intégrante, le juge doit donc, comme pour tout autre contrat, recourir en premier lieu à l'interprétation dite subjective, c'est-à-dire rechercher la "réelle et commune intention des parties", le cas échéant empiriquement, sur la base d'indices (art. 18 al. 1 CO). S'il ne parvient pas à établir avec certitude cette volonté effective, ou s'il constate que l'un des contractants n'a pas compris la volonté réelle exprimée par l'autre, il recherchera le sens que les parties pouvaient et devaient donner, selon les règles de la bonne foi, à leurs manifestations de volonté réciproques (application du principe de la confiance; ATF 122 III 118 , consid. 2a; ATF 118 II 342 , consid. 1a). Ce faisant, le juge doit partir de la lettre du contrat et tenir compte des circonstances qui ont entouré sa conclusion (ATF non publié 5C.134/2002 du 17 septembre 2002, consid. 3.1). Selon la jurisprudence, il convient de ne pas attacher une importance décisive au sens des mots, même clairs, utilisés par les parties (abandon de la "Eindeutigkeitsregel"). Il ressort de l'art. 18 al. 1 CO en principe qu'en présence d'un texte clair, on doit exclure d'emblée le recours à d'autres moyens d'interprétation; même si la teneur d'une clause contractuelle paraît claire et indiscutable à première vue, il peut toutefois résulter du but poursuivi par les parties ou d'autres circonstances que la lettre ne restitue pas exactement le sens de l'accord conclu (ATF non publié 5C.305/2001 du 28 février 2002, consid. 4b; ATF 127 III 444 , consid. 1b). Finalement, et de façon subsidiaire, lorsqu'il subsiste un doute sur leur sens, les dispositions exclusivement rédigées par l'assureur, ainsi les conditions générales pré-formulées, sont à interpréter en défaveur de leur auteur, conformément à la règle des clauses ambiguës (" in dubio contra stipulatorem "; "Unklarheitsregel") (ATF non publié 4C.208/2006 du 8 janvier 2007, consid. 3.1; ATF 122 III 118 consid. 2a). Selon la jurisprudence et la doctrine, pour que cette règle trouve à s'appliquer, il ne suffit pas que les parties soient en litige sur la signification à donner à une déclaration; encore faut-il que celle-ci puisse être comprise de différentes façons ("zweideutig") et qu'il soit impossible de lever autrement le doute créé, faute d'autres

moyens d'interprétation (ATFA non publié B 56/03 du 2 décembre 2003, consid. 3.6; ATF 122 III 124, consid. 2d). b) Dans le domaine particulier du contrat d'assurance, l'art. 33 LCA précise d'ailleurs que 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. Il en résulte que le preneur d'assurance est couvert contre le risque tel qu'il pouvait le comprendre de bonne foi à la lecture des conditions générales; si l'assureur entendait apporter des restrictions ou des exceptions, il lui incombait de le dire clairement. Conformément au principe de la confiance, c'est à l'assureur qu'il incombe de délimiter la portée de l'engagement qu'il entend prendre et le preneur n'a pas à supposer des restrictions qui ne lui ont pas été clairement présentées (arrêt 4A_206/2007 du 29 octobre 2007, destiné à publication, consid. 3.3). Il ne faut pas considérer une clause d'exclusion comme confuse ou équivoque du simple fait qu'elle contient une notion rendant nécessaire une interprétation en cas d'application (CARRE, Loi fédérale sur le contrat d'assurance, 2000, p. 247). En l'espèce, la défenderesse a refusé la prise en charge de l'intervention de la cataracte, en se fondant sur l'art. 21.1 let. c CGA. Elle soutient que l'opération pouvait être effectuée en ambulatoire. Pour sa part, la demanderesse considère que cette disposition entraîne une exclusion de fait, ne résultant pas des conditions générales mais de l'application de celles-ci. Elle rappelle que l'interprétation des conditions générales doit se faire en faveur de l'assuré et non de l'assureur qui a procédé à leur rédaction (principe de la clause insolite). Elle ajoute que si l'assuré doit renoncer au libre choix de son médecin pour se rendre dans un hôpital public, cela revient à supprimer le bénéfice de l'assurance souscrite. a) En l'occurrence, il convient en premier lieu de déterminer si l'art. 21.1 let. c CGA peut être compris de différentes façons ("zweideutig"). C'est le lieu de rappeler que l'une des fonctions essentielles des conditions générales est d'assurer l'égalité de traitement entre tous les contractants (voir notamment DESSEMONTET, in Commentaire romand, Code des obligations I, n° 41 ad Art 1) et qu'on ne saurait dès lors interpréter lesdites conditions qu'en tenant compte du cas particulier d'une opération de la cataracte dans le canton de Genève. L'art. 21.1 let. c CGA stipule que la couverture d'assurance n'est pas donnée pour les coûts d'un traitement non efficace, inadéquat ou non économique, la mesure médicale qui ne se limite pas à l'intérêt de la personne assurée et qui n'est pas conforme au but du traitement étant considérée comme non économique et l'efficacité devant être prouvée par des méthodes scientifiques. La Cour de céans relève d'emblée que la demanderesse ne conteste en réalité pas la signification donnée par la défenderesse à l'art. 21.1 let. c CGA, qui ne peut d'ailleurs pas être compris de différentes façons. En effet, comme leur nom l'indique, le but des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale est clairement de compléter l'assurance obligatoire des soins. L'art. 12 LAMal dispose d'ailleurs 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". Cette complémentarité est également mentionnée dans les conditions générales et supplémentaires de la défenderesse. Ainsi, l'art. 5.1 CGA dispose que les assurances complémentaires à l'assurance obligatoire des soins couvrent dans le cadre des dispositions ci-après et conformément aux Conditions supplémentaires d'assurance (CSA) les conséquences économiques de la maladie, de la maternité et de l'accident, aussi longtemps que dure l'assurance. De plus, conformément à l'art. 22.1 CGA, toutes les prestations prévues par les conditions générales et supplémentaires d'assurance sont accordées en

complément aux prestations des assureurs sociaux. En prescrivant dans ses conditions générales d'assurance la complémentarité des prestations des assureurs sociaux, la défenderesse avait pour but d'offrir les mêmes prestations que la LAMal et de les compléter. Par conséquent, au vu de ce qui précède, la Cour considère que selon les règles de la bonne foi, les parties pouvaient et devaient considérer que les notions communes en matière d'assurances complémentaires et d'assurance de base avaient la même signification (voir également ATAS/772/2011 du 24 août 2011, consid. 7c), ce qui n'est d'ailleurs pas contesté. b) L'art. 21.1 let. c CGA reprend en substance les principes articulés aux art. 32 al. 1 et 56 LAMal. En effet, selon l'art. 32 al. 1 LAMal, les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques. L'exigence du caractère économique des prestations ressort également de l'art. 56 LAMal qui stipule que le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement. Comme le Tribunal fédéral des assurances l'a déjà relevé à propos de l'art. 23 LAMA - dont le contenu était analogue à celui de l'art. 32 LAMal - les caisses sont en droit de refuser la prise en charge de mesures thérapeutiques inutiles ou de celles qui auraient pu être remplacées par d'autres, moins onéreuses; elles y sont d'ailleurs obligées, dès lors qu'elles sont tenues de veiller au respect du principe de l'économie du traitement (DESCHENAUX, Le précepte de l'économie du traitement dans l'assurance-maladie sociale, en particulier en ce qui concerne le médecin, in: Mélanges pour le 75ème anniversaire du TFA, Berne 1992, p. 537). Ce principe ne concerne pas uniquement les relations entre caisses et fournisseurs de soins. Il est également opposable à l'assuré, qui n'a aucun droit au remboursement d'un traitement non économique (ATF 127 V 43, consid. 2b, ATF 126 V 98 consid. 2b et la jurisprudence citée). Pour l'essentiel, ces principes conservent leur valeur sous le régime du nouveau droit (SVR 1999 no KV 6, p. 12 consid. 7 non publié aux ATF 124 V 128). c) Par conséquent, en prescrivant que les coûts d'un traitement non économique ne sont pas couverts par l'assurance complémentaire, la défenderesse se réserve la possibilité de refuser la prise en charge de mesures thérapeutiques inutiles ou pouvant être remplacées par d'autres, moins onéreuses. L'art. 21.1 let. c) CGA est donc clair et non équivoque, de sorte que l'art. 33 LCA ne saurait trouver application en l'espèce. S'agissant de l'argument selon lequel cela revient à supprimer, en cas d'intervention ambulatoire, le bénéfice de l'assurance souscrite puisque le patient doit renoncer au libre choix de son médecin pour se rendre dans un hôpital public, la Cour de céans rappelle ce qui suit. Une assurance complémentaire telle que celle souscrite par la demanderesse vient compléter l'assurance de base et élargir les possibilités d'hospitalisation (chambre semi-privée au lieu de chambre commune, choix du médecin, etc.), pour autant qu'une telle hospitalisation soit nécessaire médicalement. a) La nécessité d'une hospitalisation est tout d'abord expressément mentionnée par les CGA et les CSA de la demanderesse. Ainsi: Le but de l'assurance complémentaire d'hospitalisation HOSPITAL BONUS est de couvrir les frais de séjour et de traitement dans un hôpital et de garantir des contributions aux cures balnéaires et de convalescence, aux soins à domicile et à l'aide ménagère ainsi qu'aux opérations ambulatoires. Toutes ces prestations ne sont cependant octroyées qu'à la condition qu'il existe une nécessité médicale (art. 1 CSA). Les prestations pour des applications thérapeutiques reconnues scientifiquement à l'occasion d'un séjour dans un hôpital sont octroyées lorsque l'état d'une personne assurée nécessite un traitement stationnaire et que ce dernier est dispensé par un hôpital, respectivement la division hospitalière dans lequel/laquelle la personne assurée doit se trouver pour des raisons médicales (art. 4 CSA,

intitulé « nécessité d'hospitalisation »). Lorsqu'une intervention ambulatoire plus avantageuse permet d'éviter un séjour stationnaire dans un hôpital pour soins aigus, l'assureur prend en charge les coûts dans le cadre de l'accord passé avec l'hôpital ou l'établissement semi-hospitalier concerné (art. 6 CSA, intitulé « interventions ambulatoires »). En cas de traitement stationnaire dans un hôpital pour soins aigus, les prestations assurées sont octroyées sans limitation de temps, aussi longtemps qu'un séjour dans un hôpital pour soins aigus est médicalement nécessaire en raison du diagnostic et du traitement médical dans son ensemble (art. 8.1 CSA).

b) La nécessité d'une hospitalisation a également fait l'objet de plusieurs arrêts du Tribunal fédéral en matière d'assurance-maladie sociale. Ainsi, comme celui-ci l'a confirmé à plusieurs reprises (voir notamment arrêts non publiés 9C_276/2011 du 3 janvier 2012, consid. 3.1, K 30/06 du 7 mai 2006, consid. 4.1 et K 28/05 du 14 septembre 2005, consid. 3.1), l'obligation pour les assureurs-maladie d'allouer des prestations en cas de traitement hospitalier suppose l'existence d'une maladie qui exige un traitement pour soins aigus ou des mesures médicales de réadaptation en milieu hospitalier. La condition du besoin d'hospitalisation est donnée, d'une part si les mesures diagnostiques et thérapeutiques nécessaires ne peuvent être pratiquées de manière appropriée que dans un hôpital et d'autre part, également, si les possibilités d'un traitement ambulatoire ont été épuisées et que seule une thérapie en milieu hospitalier présente des chances de succès. L'obligation de fournir des prestations peut aussi se justifier quand l'état maladif de la personne ne nécessite pas forcément un séjour à l'hôpital mais que, néanmoins, le traitement ne peut être prodigué qu'en milieu hospitalier pour des raisons particulières, notamment lorsqu'un assuré âgé ou vivant seul est dans l'impossibilité de recevoir à domicile la surveillance et les soins requis par son état (ATF 126 V 326 consid. 2b, 120 V 206 consid. 6a et les références). En principe, le séjour à l'hôpital doit durer au moins 24 heures; il peut être inférieur à cette durée si un lit est occupé durant une nuit ou en cas de transfert dans un autre hôpital ou de décès (art. 3 de l'Ordonnance du 3 juillet 2002 sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie [OCP; RS 832.104]; voir également RAMA 1991 n° K 869 p. 164 consid. 1a et les références; Eugster, Krankenversicherung, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit. p. 68, n. 134). Le seul fait de séjourner dans un établissement hospitalier ne suffit par conséquent pas à ouvrir le droit aux prestations dues en cas d'hospitalisation. Encore faut-il qu'il y ait maladie nécessitant un traitement hospitalier. Aussi, la prise en charge des frais d'hospitalisation n'entre pas en considération si le traitement peut tout aussi bien être appliqué sous la forme d'un traitement ambulatoire ou semi-hospitalier (Longchamp, Conditions et étendue du droit aux prestations de l'assurance-maladie sociale, 2004, p. 380).

c) Contrairement à ce que prétend la demanderesse, une assurance complémentaire telle que celle faisant l'objet du litige n'est pas souscrite dans le but de pouvoir bénéficier d'une hospitalisation en lieu et place d'une intervention ambulatoire mais dans le but d'élargir les prestations lorsqu'une hospitalisation s'avère nécessaire médicalement (chambre semi-privée ou privée au lieu d'une chambre commune, hospitalisation en clinique, choix du médecin, etc.). Dès lors que l'assurance complémentaire complète l'assurance de base et que les mêmes principes sont applicables, les deux assurances devraient adopter la même position par rapport à l'opportunité d'une hospitalisation. En l'espèce, cependant, l'assurance de base semble avoir fait une appréciation de la situation uniquement sur le plan économique alors que l'assurance complémentaire a procédé en tenant compte de la situation sur le plan médical, raison pour

laquelle il y a eu cette divergence de positions. Par conséquent, on ne saurait soutenir qu'il y aurait suppression de facto, en cas d'intervention ambulatoire, du bénéfice de l'assurance souscrite puisque celle-ci n'entre en ligne de compte qu'en cas d'hospitalisation médicalement nécessaire. a) La cataracte ne doit pas obligatoirement être opérée en stationnaire, ce qui a d'ailleurs été confirmé par le Tribunal fédéral dans son arrêt K 28/05 du 14 septembre 2005 ; l'opération peut s'effectuer dans le cadre d'une hospitalisation de jour (ou semi-hospitalisation) ; ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'elle peut nécessiter une hospitalisation à proprement parler. La nécessité d'une hospitalisation en cas d'opération de la cataracte a fait l'objet de plusieurs arrêts du le Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS), respectivement de la Cour de céans. Ainsi, dans un arrêt ATAS/238/2005 du 30 mars 2005, le tCAS a considéré que l'hospitalisation d'une nuit de la demanderesse, alors âgée de 57 ans, suite à l'opération de la cataracte de son œil gauche n'était pas justifiée médicalement mais par des raisons de confort personnel. Selon les déclarations du chef de clinique des HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (HUG), l'hospitalisation avait été proposée à la demanderesse en raison des antécédents de décollement de rétine ainsi que de la distance entre la clinique et le domicile de la patiente qui aurait dû revenir le lendemain de l'intervention pour un contrôle. Dans un arrêt ATAS/541/2007 du 22 mai 2007, le TCAS a admis l'hospitalisation d'un assuré compte tenu du risque d'hypertonie postopératoire, liée à une hypertension intraoculaire. A cela s'ajoutait le fait que l'assuré était âgé de plus de 70 ans et vivait seul. Enfin, dans un arrêt ATAS/1000/2007 du 19 septembre 2007, le TCAS a nié la nécessité d'une hospitalisation en raison d'une opération de la cataracte alors même que le demandeur était âgé de 77 ans et qu'il avait présenté, par le passé, une hypertension artérielle, une élévation de l'acide urique ainsi qu'une fibrillation auriculaire nécessitant un traitement de Sintrom (anticoagulant) ; le Tribunal a jugé que l'âge du patient n'étant pas suffisant pour justifier une hospitalisation dans la mesure où son état de santé quelques jours avant l'intervention était bon. En l'espèce, la demanderesse a été hospitalisée deux nuits. b/aa) La nuit préopératoire a été prescrite afin d'éviter que la demanderesse n'arrive stressée et tendue sur la table d'opération (procès-verbal de l'audition du Dr L. _____ du 4 novembre 2010) et en raison du fait que des gouttes devaient être administrées pour dilater l'œil (courrier du Dr L. _____ du 28 janvier 2010 et procès-verbal d'audition de la Dresse M. _____ du 4 novembre 2010). Force est de constater, à l'instar de la défenderesse, que cette nuit d'hospitalisation préopératoire ne se justifiait que pour des motifs de confort. En effet, il aurait suffi de prescrire à l'assurée un calmant à s'administrer elle-même et de l'admettre à 6h du matin pour permettre la dilatation de l'œil. Or, l'assurée a choisi l'autre option, à l'évidence plus coûteuse et pas indispensable. Il n'appartient pas à la défenderesse de prendre en charge un hospitalisation justifiée par des motifs de confort. Ce type d'hospitalisation est d'ailleurs expressément exclu par les art. 1, 4, 6 et 8 CSA, qui stipulent que l'hospitalisation doit être nécessaire pour des motifs médicaux, ce qui n'était manifestement pas le cas en l'espèce. On relèvera que le Dr L. _____ lui-même avait d'ailleurs proposé de réduire l'hospitalisation à une seule nuit postopératoire. b/bb) Quant à la nuit postopératoire, justifiée selon le Dr L. _____ par le type d'implants utilisés et la surveillance qu'ils nécessitent, la Cour de céans constate que la demanderesse n'a fourni aucun rapport médical permettant de se convaincre de sa nécessité. En effet, il ne ressort nullement du dossier médical que l'état de santé de l'intéressée requérait une surveillance postopératoire. Bien plus, le Dr L. _____ a admis que seuls 8 points sur 10 étaient réunis selon l'échelle des

recommandations établies pour les médecins-conseils suisses concernant l'opération de la cataracte en ambulatoire ou en stationnaire (pièce 22, défenderesse - voir procès-verbal de l'audition du Dr L_____ du 4 novembre 2010). Sur ces 8 points, 5 points ont d'ailleurs été accordés par le Dr L_____ en raison de l'appréhension manifestée par sa patiente, dont on peut douter qu'elle constitue véritablement un motif médical en faveur de l'hospitalisation. Enfin, tant le Dr P_____ que le Prof. O_____ ont indiqué que l'implantation d'un cristallin PMMA n'entraînait pas per se la nécessité d'hospitaliser. c) Au vu de ces différents éléments, les explications données par le Dr L_____ ne permettent pas de se convaincre de la nécessité d'une hospitalisation de la demanderesse dans le cadre de son opération de la cataracte le 15 février 2010. En effet, il n'a pas été démontré que l'état de santé de l'intéressée requérait une surveillance médicale pré- et postopératoire. C'est par conséquent à juste titre que la défenderesse a refusé la prise en charge du traitement hospitalier dans la mesure où celui-ci était plus onéreux que le traitement ambulatoire. Il convient à présent de se poser encore la question de savoir si la défenderesse devait prendre en charge les frais médicaux invoqués par l'assurée selon les principes applicables en matière d'intervention ambulatoire. A teneur de l'art. 6 CSA, lorsqu'une intervention ambulatoire plus avantageuse permet d'éviter un séjour stationnaire dans un hôpital pour soins aigus, l'assureur prend en charge les coûts dans le cadre de l'accord passé avec l'hôpital ou l'établissement semi-hospitalier concerné. Ce principe correspond en réalité à celui applicable en matière d'assurance-maladie sociale, selon lequel 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). Cette jurisprudence est applicable par analogie en matière d'assurance complémentaire (ATAS/238/2005 du 30 mars 2005, consid. 5). En l'espèce, il n'est pas contesté que l'opération de la cataracte elle-même constituait un traitement médical approprié et économique, démontré selon des méthodes scientifiques. Par conséquent, la défenderesse devra prendre en charge les coûts correspondant au traitement ambulatoire nécessaire selon les tarifs conventionnels - si tant est qu'il existe une convention entre la Clinique Générale Beaulieu (art. 6 CSA) - voire sur la base de la LAMal. La demanderesse, représentée par un avocat, obtenant partiellement gain de cause, la défenderesse sera condamnée à lui verser une indemnité de 1'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens (art. 89H al. 3 de la LPA ; ATS 737/2008). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare la demande recevable. Au fond : L'admet partiellement en ce sens que la défenderesse est condamnée à prendre en charge les frais médicaux de la demanderesse conformément à l'art. 6 de ses conditions supplémentaires d'assurance. Condamne la défenderesse à verser à la demanderesse la somme de 1'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens Dit que la procédure est gratuite. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière civile auprès du Tribunal fédéral (av. du Tribunal fédéral 29, case postale, 1000 Lausanne 14), conformément aux art. 72 ss LTF. Selon l'art. 74 LTF, dans les affaires pécuniaires, le recours n'est recevable que si la valeur litigieuse s'élève au moins à 30'000 francs (al. 1). Même lorsque la valeur litigieuse n'est pas atteinte, le recours est recevable si la contestation soulève une question juridique de principe (al. 2). Le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par

voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Marie-Catherine SÉCHAUD La présidente Karine STECK Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers par le greffe le

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