

GE_GERICHTE A/3593/2010 vom 7. November 2011

GE Cour de justice, 2011-11-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3593_2010

FR: GE_GERICHTE A/3593/2010 du 7 novembre 2011

IT: GE_GERICHTE A/3593/2010 del 7 novembre 2011

Erwägungen

E. 9

ème Chambre En la cause Monsieur E _____, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Yves MAGNIN recourant contre UNIVERSA, sise Rue du Nord 5, 1920 Martigny intimée EN FAIT Monsieur E _____ est assuré auprès d'UNIVERSA en assurance obligatoire des soins ainsi qu'en assurance complémentaire pour le risque "assistance". Selon l'art. 2 des conditions générales (CGA) de l'assurance "assistance", le but de celle-ci est "de fournir aux assurés en voyage ou en séjour à l'étranger une assistance médicale, juridique, financière et personnelle [...] en cas d'urgence médicale et d'incidents de voyage". L'art. 3.f CGA prévoit que le transport médicalisé "est décidé et organisé par les médecins de la centrale d'appel d'urgence". Sous le titre "Evacuation et/ou rapatriement sanitaire", il est prévu que si lesdits médecins décident que l'état de santé de l'assuré nécessite des soins médicaux ou examens ne pouvant être réalisés sur place, la centrale d'appel d'urgence organise et prend en charge soit le transport vers un autre centre régional hospitalier, soit le rapatriement en Suisse s'il n'existe pas de centre médical adapté à proximité. Par ailleurs, les prestations d'évacuation sanitaire et de rapatriement sont fournies gratuitement sans aucune limitation de montant (art. 9 CGA). L'art. 20 CGA intitulé "décision, choix des moyens et prises en charge" répète que les médecins de la centrale d'appel d'urgence décident des moyens à mettre en œuvre, en tenant également compte des possibilités réelles de traitement sur place. Seuls ces médecins décident des services qui peuvent être fournis et de leur prise en charge et, en particulier, des moyens de transport à utiliser et de la nécessité d'un accompagnement médical ou paramédical. En outre, "Dans tous les cas, les prestations garanties [...] qui n'ont pas été organisées par la centrale d'appel d'urgence ou en accord avec elle, ne donnent pas droit a posteriori à un remboursement ou à une indemnité compensatoire" (art. 20 CGA). En date du 18 mai 2008, alors qu'il se trouvait à Montréal au Canada, l'assuré a fait une lourde chute du 4e étage d'un immeuble, ce qui a nécessité son hospitalisation en urgence au Centre universitaire de santé McGill à Montréal. L'assurance a pris en charge l'intégralité des frais médicaux relatifs à ce séjour hospitalier. En revanche, un litige est survenu entre les parties s'agissant de la couverture des frais de rapatriement, effectué le 11 juin 2008. L'assurance soutient à cet égard que les frais de rapatriement sont exclus de l'assurance obligatoire, lorsque, comme en l'espèce, celui-ci n'était pas rendu nécessaire pour accéder aux soins nécessaires. En outre, lesdits frais ne sont couverts par l'assurance complémentaire que si l'assurance elle-même organise, par le biais de Mondial Assistance, le rapatriement. Cette condition ressort de ses conditions générales et a été rappelée au père de l'assuré, qui a organisé le rapatriement de son fils de son propre chef. L'assuré fait valoir qu'en raison de l'apparition de plusieurs cas d'infection de staphylococcus aureus résistant à la méticilline (SARM) à l'hôpital McGill, il n'avait pu attendre le délai de 72h dans lequel Mondial Assistance pouvait organiser son rapatriement. Il s'était ainsi trouvé dans la nécessité d'organiser lui-même, avec l'aide de son père, son

rapatriement. Il expose, par ailleurs, que le coût de rapatriement par Mondial Assistance se serait élevé à 16'128,40 \$CAN, soit à un coût plus élevé que celui organisé par son père. Selon l'attestation établie par le Dr L_____ du Centre hospitalier Mc Gill, ce médecin a "exigé" le transfert médical de son patient vers la Suisse, le plus tôt possible, lorsque sa condition s'était stabilisée, car le centre de traumatologie "niveau 1 très achalandé" avait besoin de lits, d'une part. D'autre part, il y avait eu plusieurs cas d'infection au SARM à l'étage et un délai augmenterait le risque que le patient soit aussi victime de cette bactérie. Enfin, pour le bien-être psychologique du patient, un retour dans son milieu avec un support de sa famille et de ses amis était favorable à son rétablissement. Par décision du 26 février 2009, l'assurance a refusé la prise en charge des frais de rapatriement acquittés de 12'022,20 \$CAN, soit 11'641 fr. 10. A la suite de l'opposition formée par l'assuré, l'assurance a confirmé sa décision le 22 septembre 2010. Elle a considéré que l'opposition était téméraire en ce qui concernait la demande de prise en charge par l'assurance obligatoire. S'agissant de l'assurance complémentaire, celle-ci ne couvrait les frais que lorsque le rapatriement était organisé par ses soins, à savoir par Mondial Assistance, ce qui avait dûment été rappelé au père de l'assuré. En outre, ce partenaire aurait pu organiser le rapatriement dans les 72 heures suivant l'opération, dans les mêmes conditions que celles proposées par le père de l'assuré, ce dont celui-ci avait également été informé avant le rapatriement. Par acte expédié le 22 octobre 2010 au greffe du Tribunal cantonal des assurances sociales, l'assuré recourt contre cette décision, dont il demande l'annulation, concluant à ce qu'il soit dit qu'il a droit au remboursement des frais de rapatriement du 11 juin 2008 et à ce que l'assurance soit condamnée à lui rembourser la somme de 12'073 fr. 55 avec intérêts à 5% dès le 25 septembre 2008. L'assurance a conclu au rejet tant du recours que de la demande en paiement. Dans ses observations relatives au mémoire réponse de l'assurance, l'assuré a relevé que le rapatriement dans les 24h avait été rendu nécessaire en raison des cas d'infection aux staphylocoques sus-évoqués; sa santé était menacée. L'assurance commettait un abus de droit en invoquant l'art. 20 CGA, clause inhabituelle. Il a sollicité la production de l'enregistrement des conversations téléphoniques entre son père et la centrale d'urgence entre les 9 et 12 juin 2008. L'assurance a produit, avec sa réplique, le CD contenant la conversation téléphonique du 10 juin 2008 ainsi que le relevé de ses conversations du 2 au 16 juin 2008 avec le père de l'assuré. Elle a souligné que ce dernier avait indiqué, lors de celles-ci, être conscient du fait que les frais de rapatriement, s'il l'organisait lui-même, seraient à la charge de son fils. Selon la "main courante" des appels téléphoniques relatifs au dossier de l'assuré, le dernier appel téléphonique avant le rapatriement de celui-ci a eu lieu le 10 juin 2008. L'assuré a relevé, dans son écriture du 18 mars 2011, qu'il ressortait de l'écoute du CD que l'assurance avait indiqué qu'il fallait compter entre cinq et sept jours pour organiser le rapatriement et non 72 heures. Par ailleurs, s'il avait déclaré qu'il s'acquitterait des frais y relatifs, il avait bien indiqué qu'il espérait que l'assurance les rembourse. Il a requis la comparution personnelle des parties. Les parties divergeant sur le contenu des conversations, la Cour a sollicité de l'assurance qu'elle produise la transcription des conversations des 2 et 10 juin 2008. Il ressort de cette retranscription, non contestée, que la conversation du 2 juin 2008 a impliqué le père de l'assuré et une représentante de "Groupe Mutuel Assistance". Au cours de cette conversation, celle-ci a, notamment, indiqué qu'en raison de l'absence de couverture complémentaire pour le rapatriement, celui-ci n'était pris en charge que pour des motifs médicaux. Si la couverture était donnée, l'assurance organiserait le rapatriement. En fin de conversation, le père de l'assuré a posé la question de savoir si, dans l'hypothèse où il devrait s'acquitter des frais de rapatriement,

l'assurance l'assisterait ou non. La représentante de celle-ci a répondu qu'elle pouvait alors lui donner des adresses et lui a posé la question de savoir s'il avait un carnet ETI ou du TCS. La conversation du 10 juin 2008 s'est tenue entre Mme Jenny, du Groupe Mutuel Assistance en Suisse, et le père du recourant, qui se trouvait alors à Montréal. Mme Jenny y indique que le rapatriement n'est pas assuré, mais que comme l'assurance avait accepté de le prendre en charge, elle l'organisait. Elle insistait sur le fait que c'était l'assurance qui l'organisait et exécutait: "Weil es ist ja eigentlich so, von den Grundbedingungen her, wär ja eigentlich die Repatriierung gar nicht versichert. Aber weil wir Ihnen das zugesagt haben, organisieren wir das auch. Aber es ist halt so wirklich, dass es WIR organisieren. Und auch ausführen, wenn wir's organisieren" (soit "En principe, au vu des conditions de base, le rapatriement n'est pas assuré. Mais comme nous vous l'avons accordé, nous l'organisons. Mais cela est vraiment ainsi que NOUS l'organisons. Et y procédons également, puisque nous l'organisons."). La représentante de l'assurance relevait ensuite que cette dernière assumait la responsabilité du rapatriement et devait s'assurer que la prise en charge médicale pendant le vol soit bien organisée. Le père de l'assuré a expliqué qu'il existait au Canada une organisation "Sky Ambulant" qui effectuait le rapatriement aux mêmes conditions d'encadrement médical. Les interlocuteurs ont, ensuite, discuté du temps que prendrait l'organisation du rapatriement, Mme Jenny indiquant que cela pouvait prendre entre 5 et 7 jours, parfois que 3 jours. Elle ne souhaitait cependant rien promettre qu'elle ne pourrait respecter. A l'évocation des coûts de l'hospitalisation au Canada et des frais de rapatriement, Mme Jenny a répété, par deux fois, que le Groupe Mutuel ne le prenait en charge qu'à condition que la centrale d'urgence médicale l'organise elle-même. Le père de l'assuré a alors indiqué qu'il avait un rendez-vous avec Sky Ambulant et déciderait ensuite de ce qu'il comptait faire. La conversation se termine après que les interlocuteurs sont convenus qu'à la suite du rendez-vous précité, le père de l'assuré ferait savoir à l'assurance comment il souhaitait procéder. Lors de l'audience de comparution personnelle du 2 mai 2011, l'assurance a précisé qu'il n'y avait pas eu d'autre entretien téléphonique entre les parties après celui, précité, du 10 juin 2008. Le recourant a indiqué qu'il s'appuyait en particulier sur celui-ci. Pour le surplus, les parties ont persisté dans leurs conclusions. Par courrier du 24 mai 2011, l'assurance a fait savoir à la Cour que les parties n'étaient pas parvenues à un accord. Par ailleurs, le risque de transmission du SARM était tenu, comme cela ressortait de la littérature médicale qu'elle annexait à son courrier. Par courrier du 10 juin 2011, l'assuré a déploré l'intransigeance de l'assurance. Il a répété que la mise en danger de son intégrité corporelle, respectivement de sa vie avait nécessité son rapatriement, exigé par le Dr L_____. En s'opposant à cette constatation médicale, l'assurance abusait de son droit. Il maintenait donc ses conclusions. Les parties ont ensuite été informées du fait que la cause était gardée à juger. EN DROIT 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, tant des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal; RS 832.10) que des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA; RS 221.229.1). Dès 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 26 septembre 2010). Sa compétence matérielle pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Vu le domicile genevois du recourant, la Cour est également compétente à raison du lieu, tant en ce qui concerne la LAMal (art. 58 al. 1 LPGA) que le litige soumis à la LCA (art. 9 al. 1 aLFors - applicable lors du dépôt de la demande - auquel renvoie l'art. 46a LCA art. 28 CGA). Enfin, le recours est recevable pour avoir été déposé dans les formes et délai prescrits (art. 60 et 61 LPGA). En revanche, le chef de conclusions tendant à la constatation que le recourant a droit au remboursement de ses frais de rapatriement est irrecevable. En effet, ce chef de conclusions est le préalable nécessaire à la conclusion tendant à la condamnation de l'assurance de prendre lesdits frais à sa charge; il n'a donc pas de portée propre. La Cour examinera, en premier lieu, si l'intimé doit prendre en charge les frais de rapatriement au titre de l'assurance obligatoire des soins. a) En matière d'assurance-maladie obligatoire, seules les prestations prévues aux art. 25 à 33 LAMal sont à la charge de l'assurance obligatoire des soins (art. 34 al. 1 LAMal). S'agissant des frais de transport, l'art. 25 al. 2 let. g LAMal prévoit que l'assurance obligatoire des soins contribue aux frais de transport médicalement nécessaires ainsi qu'aux frais de sauvetage. L'art. 33 let. g OAMal délègue au département fédéral de l'intérieur la compétence de désigner la contribution aux frais de transport et de sauvetage prévue à l'art. 25 LAMal précité. L'art. 33 let. g OAMal précise toutefois que les transports médicalement nécessaires d'un hôpital à l'autre font partie du traitement hospitalier; ils sont alors remboursés par l'assurance obligatoire des soins selon le forfait journalier prévu à l'art. 49 al. 1 LAMal, à moins que leur remboursement ait été réservé selon l'art. 49 al. 2 LAMal (cf. ATF 135 V 443 consid. 1.2; 130 V 424 consid. 3.6). A la demande du Conseil fédéral, le département fédéral de l'intérieur a fixé la contribution de l'assurance obligatoire à 50% des "frais occasionnés par un transport médicalement indiqué pour permettre la dispensation des soins par un fournisseur de prestation admis". Le montant maximum est toutefois de 500 fr. par année civile (OPAS). Il n'est remboursé que lorsque l'entreprises de transport est admise à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins (art. 35 al. 2 let. m LAMal). Tel est le cas des entreprises admises en vertu du droit cantonal et qui ont conclu un contrat sur les transports avec un assureur-maladie (art. 56 OAMal). D'après l'art. 36 al. 2 de l'OAMal, fondé sur la délégation de compétence de l'art. 34 al. 2 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge le coût des traitements effectués en cas d'urgence à l'étranger. Il y a urgence lorsque l'assuré, qui séjourne temporairement à l'étranger, a besoin d'un traitement médical et qu'un retour en Suisse n'est pas approprié. Cette disposition précise qu'il n'y a pas d'urgence lorsque l'assuré se rend à l'étranger dans le but de suivre un traitement (cf. aussi ATF np K.24/2004 du 20 avril 2005, consid. 4.2; EUGSTER, Krankenversicherung, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, p. 88 n° 176). Aux termes de l'art. 2 al. 2 CC, l'abus manifeste d'un droit n'est pas protégé par la loi. La règle prohibant l'abus de droit permet au juge de corriger les effets de la loi dans certains cas où l'exercice d'un droit allégué créerait une injustice manifeste. L'existence d'un abus de droit se détermine selon les circonstances concrètes du cas, en s'inspirant des diverses catégories mises en évidence par la jurisprudence et la doctrine. Les cas typiques sont l'absence d'intérêt à l'exercice d'un droit, l'utilisation d'une institution juridique contrairement à son but, la disproportion manifeste des intérêts en présence, l'exercice d'un droit sans ménagement et l'attitude contradictoire (ATF 135 III 162 consid. 3.3.1 et les arrêts cités). b) La Cour relève en premier lieu que la loi - comme d'ailleurs l'ordonnance du Conseil fédéral et l'ordonnance du département de l'intérieur - n'inclut pas le rapatriement dans le catalogue de prestations à charge de l'assurance obligatoire des soins. Il ne peut être déduit du fait que

la prise en charge des frais médicaux encourus à l'étranger est soumise à la condition de l'urgence et au fait qu'un retour en Suisse paraisse inapproprié, que le Conseil fédéral a voulu introduire, par ce biais, l'obligation pour l'assurance-maladie de base de prendre en charge les frais de rapatriement. La précision du caractère inapproprié du retour en Suisse semble plutôt avoir été apportée afin de circonscrire les cas d'urgence, qui entraînent, par exception au principe de territorialité, la prise en charge par l'assurance-maladie suisse de soins prodigués à l'étranger. Derechef, à défaut d'une disposition prévoyant expressément la prise en charge de frais de rapatriement, une telle obligation ne peut être inférée de la réglementation ayant trait à l'étendue de la couverture par l'assurance obligatoire des soins reçus à l'étranger. Le Conseil fédéral n'a d'ailleurs pas limité la durée de la prise en charge des frais médicaux rendus nécessaires par une urgence médicale à l'étranger jusqu'à ce qu'un rapatriement vers la Suisse puisse être exigé de l'assuré. En outre, tant la loi que l'ordonnance opèrent une différence entre l'étendue de la couverture des soins et celle des frais de transport. Les critères applicables à l'une ne peuvent être transposés tels quels à l'autre. Aussi, le principe de l'économicité, qui sous-tend l'assurance-maladie et qu'invoque le recourant, ne permet pas d'inclure dans le catalogue des prestations un élément qui n'y figure pas. Il convient ainsi de déterminer si le transport du Canada vers la Suisse était "médicalement nécessaire pour permettre la dispensation de soins". Il n'est pas contesté que le recourant a reçu les soins nécessaires à l'hôpital de Montréal à la suite de sa chute. Lorsque son état l'a permis, il a été opéré le 24 mai 2008 "pour stabiliser le bassin". Le transfert préconisé par le Dr L_____ était motivé par le besoin de l'hôpital canadien de libérer des lits dans son centre de traumatologie "niveau 1 très achalandé", par la crainte que le patient contracte une infection au SARM et par le bien-être que la présence de proches pouvait procurer au recourant. Le Dr L_____ n'a pas indiqué que, s'agissant de ce dernier point, il y avait une nécessité, sur le plan médical, de rapprocher le plus rapidement possible le malade de ses proches. Il a uniquement exposé qu'un tel rapprochement serait favorable à son rétablissement. Le fait que l'hôpital ait besoin de lits au centre de traumatologie pour d'autres patients ressortit à l'organisation de l'hôpital étranger et ne constitue à l'évidence pas un motif rendant nécessaire, pour des raisons médicales, un transfert. La Cour relève à cet égard que l'écrit du Dr L_____ ne permet pas de conclure - pour autant que la poursuite de la prise en charge en milieu hospitalier était nécessaire, ce qui ne ressort toutefois pas du dossier - que l'hôpital ne disposait pas de lits dans une autre unité que celle de traumatologie hautement équipée. Le Dr L_____ expose que le patient était stable et pouvait être transféré. L'on ne discerne pas non plus dans ces propos une nécessité médicale de transporter le patient dans un autre hôpital. Enfin, se pose la question de savoir si les cas d'infection au SARM mentionnés par le Dr L_____ constituaient un motif médical justifiant un transfert. Il est notoire que de telles infections peuvent surgir dans tous les hôpitaux. Toutefois, selon les informations médicales transmises par l'assurance, lorsque de telles infections apparaissent, il n'est pas recommandé de transférer les patients non atteints vers d'autres établissements hospitaliers. Les précautions contre la transmission du SARM comportent des mesures internes à l'hôpital, relatives à la prise en charge du malade (port de gants, port d'un masque, lavage des mains accru, désinfection du matériel utilisé etc.). En l'espèce, le Dr L_____ mentionne plusieurs cas d'infection au SARM à son étage, mais n'indique pas que l'hôpital n'était pas à même de prendre les précautions qui s'imposent dans un tel cas afin d'éviter la contagion de l'infection à d'autres patients ni que le recourant était particulièrement vulnérable ou exposé au risque de contagion. Au vu de ce qui précède, aucun motif médical

ne justifiait le transport du recourant vers la Suisse. Partant, l'assurance était fondée à refuser de prester au titre de l'assurance obligatoire des soins, sans qu'il soit besoin d'examiner si l'absence de convention tarifaire entre Sky Ambulant et l'intimée peut être opposée au recourant. Enfin, aucun élément ne permet de retenir que l'intimée commettrait un abus de droit en refusant de prendre en charge les frais de rapatriement. Dès lors que, contrairement à ce que soutient le recourant, sa situation médicale n'imposait pas un transfert, l'attitude de l'assurance ne se heurte pas à l'interdiction de l'abus de droit. 3. Le recourant soutient que les frais de rapatriement devraient de toute manière être pris en charge par l'intimée au titre de son assurance complémentaire. L'assurance se réfère à ses conditions générales relatives à l'assurance complémentaire excluant la prise en charge de tels frais, lorsque le rapatriement n'est pas organisé par elle. a) La LCA ne contient pas de règle d'interprétation des contrats. Comme elle renvoie au Code des obligations pour tout ce qu'elle ne règle pas elle-même (art. 100 LCA), la jurisprudence en matière de contrats est applicable. D'après celle-ci, les conditions générales font partie intégrante du contrat. Les dispositions contractuelles préformulées sont en principe interprétées selon les mêmes règles que les clauses contractuelles rédigées individuellement (ATF 122 III 118 consid. 2a; 117 II 609 consid. 6c). Lorsqu'une clause n'est pas claire, elle doit être, en principe, interprétée en défaveur de celui qui l'a rédigé (ATF 122 III 118 consid. 2a; 119 II 443 consid. 1a). Le juge s'efforcera, en premier lieu, de déterminer la commune et réelle intention des parties, sans s'arrêter aux expressions et dénominations inexactes dont elles ont pu se servir, soit par erreur, soit pour déguiser la nature véritable de leur convention (art. 18 al. 1 CO; ATF 127 III 444 consid. 1 b). S'il ne parvient pas à établir avec sûreté 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 127 III 279 consid. 2c/ee; 122 III 118 consid. 2a; 118 II 342 consid. 1a). Le principe de la confiance permet d'imputer à une partie le sens objectif de son comportement, même si celui-ci ne correspond pas à sa volonté intime. Enfin, une clause d'exclusion dans un contrat d'assurance doit être interprétée "restrictivement" (ATF 118 II 342 consid. 1a; 116 II 189 consid. 2a). La jurisprudence relative aux clauses insolites permet de soustraire de l'adhésion censée donnée globalement à des conditions générales toutes les clauses inhabituelles sur l'existence desquelles l'attention de la partie la plus faible ou la moins expérimentée en affaires n'a pas été spécialement attirée (ATF 119 II 443 consid. 1a; 109 II 452 consid. 4). Une clause des conditions générales ne peut être qualifiée d'insolite que lorsque, par son objet, elle est étrangère à l'affaire, c'est-à-dire qu'elle modifie de manière essentielle la nature ou sort notablement du cadre légal d'un type de contrat (ATF 119 II 443 consid. 1a; 109 II 452 consid. 5b). b) En l'espèce, l'art. 3 des CGA définit sous let. f le transport médicalisé comme étant "le transport nécessitant un accompagnement médical; il est décidé et organisé par les médecins de la centrale d'appel d'urgence". L'art. 9 CGA prévoit "si l'équipe médicale fournie par la centrale d'appel d'urgence décide que l'état de l'assuré nécessite des soins médicaux ou examens spécifiques ne pouvant être réalisés sur place, la centrale d'appel d'urgence organise et prend en charge (...) le rapatriement en Suisse s'il n'existe pas de centre médical adapté à proximité". L'art. 20 CGA répète que les médecins de la centrale d'appel d'urgence décident des moyens à mettre en œuvre et que seuls ces médecins décident des services qui peuvent être fournis et de leur prise en charge. L'art. 20 CGA précise que "dans tous les cas, les prestations garanties [...] qui n'ont pas été organisées par la centrale d'appel d'urgence ou en accord avec elle, ne donnent pas droit a

posteriori à un remboursement ou à une indemnité compensatoire" (art. 20 CGA). Les termes contractuels sont clairs et ne nécessitent aucune interprétation: les frais de rapatriement ne sont à la charge de l'assurance que si l'état de santé de l'assuré nécessite des soins qui ne peuvent lui être prodigués sur place, d'une part, et, d'autre part, si le rapatriement est décidé et organisé par la centrale d'appel d'urgence. Le recourant ne soutient d'ailleurs pas que la clause litigieuse souffrirait d'un manque de clarté. Il se prévaut de son caractère insolite, voire d'un abus de droit à l'appliquer au cas d'espèce. Or, la clause litigieuse entre parfaitement dans le cadre du type de contrat considéré. En effet, elle se rapporte à un des objets essentiels de ce contrat, à savoir les conditions auxquelles le rapatriement est pris en charge par l'assureur. Comme l'a exposé la représentante de l'assurance au père de l'assuré lors de l'entretien téléphonique du 10 juin 2008, l'intimée, en organisant le rapatriement, souhaite s'assurer que celui-ci se fasse par des organismes avec lesquels elle collabore et dont elle a pu vérifier les compétences. Le fait que l'assurance se réserve le droit d'organiser le rapatriement ne paraît ainsi ni surprenant ni insolite. En tant que l'intimée se fonde sur des dispositions contractuelles claires et qui ne revêtent pas de caractère insolite, elle ne commet aucun abus en les appliquant. Il convient, par ailleurs, de relever que l'intimée a indiqué au père de l'assuré que les conditions d'une prise en charge n'étaient pas remplies. En effet, l'état de l'assuré ne nécessitait pas des soins médicaux ou examens spécifiques qui ne pouvaient être réalisés sur place. La première condition à la couverture d'assurance faisait donc défaut. L'intimée a néanmoins accepté de prendre en charge les frais de rapatriement. Dès lors qu'elle n'était pas tenue d'y procéder, elle ne peut d'autant moins se voir reprocher d'avoir insisté sur le respect de ses conditions générales, à savoir qu'elle procéderait elle-même à l'organisation du rapatriement. Acceptant à bien plaisir de couvrir une prestation dont les conditions d'assurance ne sont pas remplies, elle n'a pas adopté d'attitude susceptible de l'exposer au reproche d'abus de droit en exigeant que ce soit elle qui organise le rapatriement. Elle ne peut non plus se voir reprocher une attitude contradictoire dans le traitement du dossier. La représentante de l'intimée a répété à plusieurs reprises que le rapatriement devait être organisé par ses soins. Le père du recourant l'a d'ailleurs parfaitement compris, puisqu'il indique dans son courrier du 13 juin 2008 à l'assurance avoir été informé de ce fait. Il n'apparaît ainsi pas que l'intimée aurait donné des assurances qu'elle n'aurait ensuite pas honorées ou aurait laissé se créer un doute dans l'esprit du père de l'assuré qu'il lui aurait appartenu de clarifier. S'agissant du risque d'infection au SARM, il est renvoyé aux développements y relatifs sous consid. 2b) ci-dessus, qui sont applicables mutatis mutandis à l'assurance complémentaire. En effet, la survenance de cas d'infection au SARM dans l'hôpital canadien ne constitue pas un motif médical justifiant un rapatriement. Contrairement à ce que soutient le recourant, l'attestation établie par le Dr L _____ ne permet pas de déduire que le rapatriement ne souffrait aucun retard. En particulier, il ne peut être retenu, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, que le risque de contagion était tellement élevé que le recourant ne pouvait demeurer à l'hôpital canadien pendant la durée - de quelques jours au maximum - qu'allait prendre l'organisation par l'intimée de son rapatriement. Au regard de ces circonstances, l'attitude de l'assurance ne peut être qualifiée de chicanière ni d'une autre manière abusive. L'assurance ne peut donc pas non plus être tenue rembourser les frais litigieux au regard du contrat d'assurance complémentaire. 4. La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais. * * * PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :
Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. 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 de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110) auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) pour ce qui a trait aux prestations relevant de la LAMal et/ou 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 en ce qui concerne les prestations relevant de la LCA; 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 Maryse BRIAND La présidente Florence KRAUSKOPF Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique et 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.