

GE_GERICHTE A/368/2017 vom 5. Oktober 2017

GE Cour de justice, 2017-10-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_368_2017

FR: GE_GERICHTE A/368/2017 du 5 octobre 2017

IT: GE_GERICHTE A/368/2017 del 5 ottobre 2017

Erwägungen

E. 6

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marc MATHEY-DORET demandeur contre MUTUEL ASSURANCES SA, sise rue des Cèdres 5, MARTIGNY défenderesse EN FAIT

1. Monsieur A_____ (l'assuré) est au bénéfice, d'une part, d'un contrat d'assurance selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10), conclu auprès de la Mutuel assurance-maladie SA (l'assurance-maladie) et, d'autre part, d'un contrat d'assurance-maladie complémentaire pour les soins ambulatoires et hospitaliers « Global Solution » de niveau 3-confort mi-privé conclu avec la Mutuel assurances SA (la Mutuel assurances), membre du Groupe Mutuel et soumis à la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA - RS 221.229.1).!endif]>!if> La police d'assurance 2016 prévoit que l'assurance global solution est soumise aux conditions générales, édition 1 er septembre 2011 et aux conditions particulières, édition 1 er janvier 2015. 2. Le 17 octobre 2014, l'assurance-maladie a communiqué à ses assurés que les conditions concernant l'assurance complémentaire Global Solution avaient été révisées au 1 er janvier 2015 et qu'un délai de résiliation exceptionnel leur était accordé d'ici au 31 décembre 2016. !endif]>!if> 3. Le 3 août 2015, une IRM lombaire de l'assuré a conclu à une hernie discale L4-L5 paramédiane gauche avec compression d'origine multifactorielle de l'émergence de la racine L5 gauche au niveau récessal.!endif]>!if> 4. Le 5 août 2015, le docteur B_____, FMH radiologie, a procédé à une infiltration lombaire.!endif]>!if> 5. Le 11 avril 2016, une IRM lombaire a conclu à des images illustrant une hernie discale L4-L5 postéro-médiane et paramédiane gauche réalisant un conflit sur la racine L5 gauche sans modification significative par rapport à l'IRM comparative précédente. Légères discopathies protrusives L2-L3, L3-L4 et L5-S1 sans image de conflit disco-radiculaire et sans modification significative également par rapport au précédent contrôle. Arthrose interfacettaire bilatérale étagée prédominant en L5-S1 avec signes de surcharge articulaire postérieure en L5-S1 droit et images compatibles avec un petit kyste arthro-synovial en partie calcifié juxtant l'articulaire postérieurs L5-S1 droite et venant au contact postérieurement de la racine S1 droite. Discrets remaniements inflammatoires sur le versant antérieur des plateaux vertébraux juxtant les disques L2-L3 et L4-L5. Ces images apparaissent inchangées par rapport à l'IRM lombaire comparative de 2015.!endif]>!if> 6. Le 12 mai 2016, le docteur C_____, FMH neurochirurgie, a rendu un rapport de consultation concluant qu'au vu de la longueur de l'évolution, sans réponse satisfaisante au traitement conservateur, il lui semblait licite d'envisager un traitement plus agressif. Le type de hernie présentée lui semblait être accessible à une prise en charge par voie percutanée telle que la pratiquait le Professeur D_____, FMH radiologie, à Lausanne. Il avait donc suggéré à l'assuré de le contacter pour prendre son avis. !endif]>!if> 7. Le 30 mai

2016, le Prof. D_____ a écrit au Dr C_____ que l'assuré avait bénéficié d'une infiltration épидуро-foraminale qui n'avait pas eu d'effet à moyen terme sur sa symptomatologie. Par conséquent, il pensait qu'il était licite d'évoquer un traitement par curetage de cette hernie. Cette hernie étant bien alignée avec le disque, dont la hauteur était conservée avec une bonne corrélation radio-clinique, il pensait qu'il y avait une indication à réaliser une herniectomie percutanée. [endif]> [if] 8. Le 1^{er} juin 2016, l'assurance-maladie a écrit à l'assuré que, dans l'attente d'un rapport médical du Prof. D_____, elle ne pouvait pour l'instant garantir la prise en charge du séjour hospitalier prévu dès le 6 juin 2016 à la clinique Bois-Cerf à Lausanne. [endif]> [if] 9. Le 1^{er} juin 2016, le Prof. D_____ a indiqué à l'assurance qu'il s'agissait d'un diagnostic de hernie discale L4-L5 gauche + décompensation congestion ; l'intervention prévue était une cure de hernie discale percutanée minimale invasion + blocs facettaires ; le séjour prévu était de 3j/nuits. [endif]> [if] 10. Le 6 juin 2016, le Prof. D_____ a informé le Dr C_____ qu'il avait pratiqué le 6 juin 2016 une herniectomie percutanée L4-L5 gauche par voie transdurale controlatérale, puis infiltrations blocs facettaires L4-L5 sous sédation analgésie. [endif]> [if] 11. Le 9 juin 2016, le Prof. D_____ a établi une lettre de sortie du 8 juin 2016 attestant d'une très bonne évolution en postopératoire. [endif]> [if] 12. Le 16 juin 2016, la clinique Bois-Cerf a facturé à l'assuré un montant de CHF 15'029.25, pour son séjour du 6 au 8 juin 2016. [endif]> [if] 13. Le 18 juillet 2016, l'assurance-maladie a écrit sous forme de « prise de position » au Prof. D_____ que l'intervention du 6 juin 2016 ne relevait pas de prestations à charge de l'assurance obligatoire des soins selon l'annexe 1 chiffre 9.3 de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS - RS 832.112.31). [endif]> [if] 14. Le 23 septembre 2016, l'assuré, représenté par un avocat, a contesté la prise de position de l'assurance-maladie et réclamé la prise en charge de l'intervention effectuée en division semi-privée. [endif]> [if] 15. Le 14 octobre 2016, la Mutuel assurances a rendu une prise de position, faisant suite au courrier de l'assuré du 23 septembre 2016, selon laquelle l'assurance complémentaire Global Solution fournissait aux assurés des prestations spécifiques en complément à l'assurance obligatoire des soins, de sorte que la participation étant nulle en LAMal, elle était également nulle en LCA. [endif]> [if] 16. Le 17 octobre 2016, l'assuré a derechef réclamé le remboursement de l'intervention du 6 juin 2016. [endif]> [if] 17. Le 20 octobre 2016, l'assuré a contesté auprès de l'assurance-maladie l'interprétation qu'elle faisait des conditions d'assurance puisque l'assurance complémentaire signifiait qu'elle était contractée en plus de l'assurance obligatoire ; de surcroît la question se posait de savoir si les nouvelles conditions d'assurance imprimées lui étaient opposables car leur simple envoi ne valait pas acceptation ; l'assurance était invitée à revoir sa position. [endif]> [if] 18. Le 1^{er} novembre 2016, la Mutuel assurances a informé l'assuré que le dossier était en cours d'examen. [endif]> [if] 19. Le 4 novembre 2016, la Mutuel assurances a maintenu sa prise de position au motif que selon l'art. 5 des conditions particulières de l'assurance complémentaire Global Solution (GO) édition du 1^{er} janvier 2015 la prise en charge (hospitalisation) ne pouvait intervenir que si le traitement était reconnu par la LAMal. [endif]> [if] 20. Le 29 mars 2017, le docteur E_____, FMH médecine interne, médecin-conseil de l'assurance, a indiqué que l'intervention était sur la liste négative de l'OPAS. [endif]> [if] 21. Le 31 janvier 2017, l'assuré, représenté par son avocat, a déposé auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice une demande en paiement concluant à ce que la Mutuel assurance soit condamnée à lui verser la somme de

CHF 15'029.25 (frais d'hospitalisation), avec intérêts à 5 % dès le 14 juillet 2016 et la somme de CHF 4'031.10 (frais de défense), avec intérêt à 5 % dès le 26 janvier 2017.!

Il n'avait pas réagi suite à l'envoi par l'assurance de nouvelles conditions générales le 17 octobre 2014. L'interprétation donnée par l'assurance à l'art. 1 GO n'était pas soutenable car le but de l'assurance complémentaire était précisément de couvrir des prestations non-couvertes par l'assurance de base ; si l'assurance avait voulu exclure les interventions non couvertes par la LAMal, elle aurait dû le faire de manière explicite, en incluant le catalogue des prestations annexé à l'OPAS. 22. Le 30 mars 2017, la Mutuel assurance a conclu au rejet de la demande. !

L'assurance complémentaire était soumise aux conditions générales pour les assurances maladie et accidents complémentaires édition du 1 er septembre 2011 (CGC) et aux GO. Selon l'art. 9.3 de l'annexe 1 de l'OPAS, la discectomie percutanée par fluoroscopie et contrôle CT n'était pas prise en charge par l'assurance obligatoire des soins, ce qui n'était pas contesté par le demandeur ; selon les GO, seuls les coûts des traitements reconnus par la LAMal étaient pris en charge en cas d'hospitalisation, de sorte que c'était à juste titre qu'elle avait refusé de prester. 23. A la demande de la chambre de céans, le demandeur a indiqué le 15 juin 2016 que la question de savoir si le traitement litigieux était ou non à la charge de la LAMal était une question de droit que la chambre de céans devait trancher, que selon le Dr. D_____ l'intervention pratiquée était usuellement prise en charge par les assureurs-maladie, que l'audition de ce médecin était requise et que le demandeur estimait que l'intervention litigieuse était à la charge de l'assurance obligatoire des soins.!

24. A la demande de la chambre de céans, la défenderesse a indiqué le 22 juin 2017 que la police d'assurance 2016 du 16 octobre 2015 mentionnait, sous le titre, à côté de l'assurance-maladie, la Mutuelle assurance, que le demandeur n'avait pas demandé la rectification de sa nouvelle police reçue le 17 octobre 2014, que le demandeur était assuré auprès de l'assurance-maladie et auprès de la Mutuelle assurance depuis le 1 er janvier 2011 et que l'option 1 et 2 (division commune) du contrat d'assurance complémentaire global solution permettait de couvrir intégralement les suppléments de coût inhérent à un traitement hors du canton de domicile. !

25. Le 2 octobre 2017, la chambre de céans a tenu une audience de débats.!

Le demandeur a déclaré : « Le Dr C_____ m'a recommandé une opération de hernie ectomie percutanée par le Dr D_____. Il s'agit, par le biais d'une aiguille, de pulvériser et d'aspirer la hernie en même temps. C'est un acte est moins invasif qu'une intervention standard. La hernie que je présentais permettait ce type d'intervention ce qui n'est pas toujours le cas. A aucun moment je n'ai pensé que cette intervention pouvait ne pas être prise en charge par mon assurance. Mon assurance de base m'a informé peu de temps avant mon intervention qu'elle ne garantissait pas la prise en charge de celle-ci. Mon chirurgien m'a confirmé que l'intervention était prise en charge par les assurances. » La représentante de la défenderesse a déclaré : « La Mutuelle Assurances Maladie SA ne s'est jamais prononcée par une décision formelle sur la prise en charge du cas car l'assuré n'a jamais demandé une telle décision et ne s'est pas manifesté suite au courrier du 18 juillet 2016. Vous me demandez pourquoi le courrier du 17 octobre 2014 qui concerne la LCA est signé par la Mutuelle Assurances Maladie SA, je signale que lorsqu'un assuré LAMal a aussi un contrat LCA le courrier concernant la LCA est envoyé en général par la Mutuelle Assurances Maladie SA. Les gestionnaires qui traitent de la LAMal ne sont pas les même que ceux de la LCA. Les options 1 et 2 du contrat complémentaire LCA mentionnant la division commune ne couvrent que les hospitalisations des assurés dans d'autres cantons, dans des établissements qui ont une

convention avec l'assureur. La Mutuelle Assurances dispose d'une liste des établissements concernés. Le libre choix en Suisse selon les niveaux 1 et 2 des conditions LCA correspond selon moi au choix d'un établissement figurant sur la liste de la Mutuelle Assurances. Nous avons des listes d'établissements reconnus par l'assureur et l'assuré doit choisir un de ceux-ci. Le libre choix en Suisse d'un établissement pour les niveaux 1 et 2 est en réalité un choix d'un établissement hors du canton de domicile et figurant sur la liste de la Mutuelle Assurances SA. Je ne peux pas vous dire si nous avons un grand nombre d'assuré ayant conclu un contrat LCA de niveau 1 ou 2. Nous considérons que les frais hôteliers à l'hôpital et les frais des médecins sont remboursés uniquement en lien avec un traitement reconnu au sens de la LAMal. Je m'engage à relayer l'information au service compétent afin qu'une décision formelle soit rendue par la Mutuelle Assurance Maladie SA. » L'avocat du demandeur a déclaré : « De notre point de vue la prise en charge des frais de l'intervention a été demandée le 23 septembre 2016 puis le 17 octobre 2016 et nous avons en particulier contesté la prise de position du 18 juillet 2016. La demande de remboursement a, à notre avis, été faite tant à la Mutuelle Assurances Maladie SA qu'à la Mutuelle Assurances. Je relève que les courriers précités ont été envoyés à la Mutuelle Assurances Maladie SA et que c'est la Mutuelle Assurances qui y répond. » Sur quoi, il a été décidé de suspendre la procédure dans l'attente de l'issue de la procédure LAMal auprès de la Mutuelle Assurances Maladie SA.

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 7 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 (CPC - RS 272) et à l'art. 134 al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal, relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA - RS 221.229.1).

2. Selon l'art. 1 chiffre 1 GO, le but de cette assurance est de fournir aux assurés des prestations spécifiques en complément à l'assurance obligatoire des soins (AOS) selon la LAMal.

3. Selon l'art. 5 chiffre 1 rubrique hospitalisation GO, le niveau 1 et 2 correspond à la division commune et le niveau 3 à la division mi-privée ou privée ; la rubrique description prévoit ce qui suit : - Libre choix en Suisse selon le niveau choisi, d'un établissement hospitalier en soins généraux ou psychiatriques, pour les maladies de type aigu.

- Prise en charge des coûts des traitements reconnus par la LAMal, des frais hôteliers à l'hôpital et des honoraires des médecins, selon la convention passée avec l'assureur ou la réglementation tarifaire cantonale.

- Les établissements doivent être reconnus au sens de la LAMal (hôpitaux répertoriés) ou avoir conclu une convention tarifaire avec Mutuel assurances SA pour les divisions correspondantes.

- Les prestations d'hospitalisation dans un établissement psychiatrique ne sont plus versées après 180 jours en cours d'une année civile.

- Après 180 jours d'hospitalisation en division mi-privée ou privée en cours d'une année civile, les prestations d'hospitalisation ne sont plus versées.

- Les prestations d'hospitalisation dans un établissement psychiatrique sont imputées sur les prestations d'hospitalisation en division mi-privée ou privée.

- L'assuré est tenu de se renseigner si l'établissement, la division d'établissement ou la clinique où il se fera soigner fait partie des établissements reconnus par l'assureur.

3. L'art. 46a LCA prescrit que le for se définit selon la loi du 24 mars 2000 sur les fors (LFors) qui a été abrogée au 1er

janvier 2011 par l'entrée en vigueur du CPC, auquel il convient désormais de se référer. Sauf disposition contraire de la loi, pour les actions dirigées contre une personne morale, le for est celui de son siège (art. 10 al. 1 let. a/b CPC), étant précisé que l'art. 17 al. 1 CPC consacre la possibilité d'une élection de for écrite. En l'occurrence, l'art. 41.2 CGC prévoit, en cas de contestation, que le preneur d'assurance ou l'ayant droit peut choisir soit les tribunaux de son domicile Suisse soit ceux du siège de l'assureur. Le demandeur ayant son domicile à Genève, la chambre de céans est compétente à raison du lieu pour connaître de la présente demande. 4. Selon l'art. 126 CPC, le tribunal peut ordonner la suspension de la procédure si des motifs d'opportunité le commandent. La procédure peut notamment être suspendue lorsque la décision dépend du sort d'un autre procès (al. 1). L'ordonnance de suspension peut faire l'objet d'un recours (al. 2). En l'espèce, les parties ont convenu de suspendre la présente procédure, dans l'attente de l'issue de la procédure par devant l'assureur-maladie, qui traite de la LAMal. Il convient en conséquence de prononcer la suspension de la présente cause, dans l'attente de l'issue de la procédure LAMal opposant le demandeur à la Mutuelle Assurances Maladie SA. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :
Statuant préparatoirement

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