

GE_GERICHTE A/4358/2011 vom 9. Juli 2012

GE Cour de justice, 2012-07-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4358_2011

FR: GE_GERICHTE A/4358/2011 du 9 juillet 2012

IT: GE_GERICHTE A/4358/2011 del 9 luglio 2012

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause SWICA ASSURANCE-MALADIE SA, sise Römerstrasse 38, 8401 WINTERTHUR demanderesse contre X_____ à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre MARTIN-ACHARD et Hoirie de feu Monsieur R_____, soit Madame R_____ et Monsieur R_____, domiciliés à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Viviane MARTIN défendeurs EN FAIT Feu Monsieur R_____ (ci-après feu l'assuré) était affilié auprès de la SWICA ASSURANCE-MALADIE SA (ci-après l'assureur) pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie et d'accident, mais également pour plusieurs assurances complémentaires, et en particulier, pour l'assurance d'hospitalisation en division demi-privée (HOSPITA 2 ou HOSPITA). En date du 20 janvier 2009, feu l'assuré a chuté en scooter. Il a souffert d'un traumatisme crânien avec perte de connaissance de 2 à 3 minutes. En date du 24 février 2009, le Dr A_____, neurochirurgien chez X_____), a faxé à l'assureur une demande de garantie d'hospitalisation de l'assuré en Classe 2 (chambre à deux lits) dès le 25 février 2009. Il y est signalé que la nature de l'hospitalisation était « MAL » (maladie). En date du 25 février 2009, feu l'assuré a signé un document établi par les HUG, duquel il résulte qu'il confirmait son souhait d'être hospitalisé en division semi-privée (chambre à deux lits) et confirmait avoir pris connaissance et accepter les tarifs pour l'hospitalisation des patients en chambre privée à deux lits ainsi que du règlement pour l'admission et le séjour des malades en chambre privée à un lit et en chambre privée à deux lits. Feu l'assuré a ainsi séjourné aux HUG du 25 février au 10 mars 2009. Le Dr A_____ l'a opéré en date du 26 février 2009 et a prodigué des soins. Le 20 mars 2009, l'assureur a accepté la demande de garantie des HUG du 24 février 2009. L'assuré a notamment été hospitalisé auprès des HUG du 9 au 20 avril 2009, du 19 mai au 3 juin 2009 et du 12 juin au 6 juillet 2009, étant précisé qu'il a subi une intervention en date du 25 mai 2009 effectuée par le Dr B_____, neurochirurgien. Par pli du 15 juillet 2010 adressé aux HUG, l'assureur a constaté que pour tous les séjours de feu l'assuré dès le 25 février 2009, les avis d'hospitalisation portaient la mention « maladie », alors même que les hospitalisations découlaient des suites directes de l'accident dont il a été victime en date du 20 janvier 2009 Cependant, feu l'assuré n'avait pas inclus le risque accident dans le cadre de son assurance complémentaire demi-privée. Partant, l'assureur a réclamé aux HUG la restitution des montants suivants versés à tort : 19'386 fr. 40 pour le séjour du 25 février au 10 mars 2009, 7'649 fr. 10 pour le séjour du 9 au 20 avril 2009, 16'048 fr. 05 pour le séjour du 19 mai au 3 juin 2009 et 11'275 fr. 40 pour le séjour du 12 juin au 6 juillet 2009 (total : 54'358 fr. 95). Par ailleurs, en ce qui concerne les factures de 8'326 fr. 80 pour le séjour du 2 au 7 avril 2009 et de 35'235 fr. 30 pour le séjour du 10 novembre 2009 au 7 janvier 2010, elles n'avaient pas encore été réglées. En date 23 février 2011, les HUG ont déclaré renoncer à se prévaloir de la prescription

jusqu'au 31 mars 2012 concernant les prétentions en restitution de l'assureur. Feu l'assuré est décédé le 24 février 2011. Sa curatrice dès le 28 mai 2009, puis tutrice dès le 19 mai 2010, est devenue la liquidatrice de la succession de feu l'assuré. En date du 11 avril 2011, les HUG ont contesté devoir rembourser à l'assureur la somme de 54'358 fr. 95. En effet, l'assureur avait garanti les séjours sans aucune réserve ni limite et ne pouvait pas revenir rétroactivement sur une garantie qu'il avait donnée. En outre, dans la mesure où feu l'assuré était le destinataire de la prestation, il était également le débiteur de l'obligation de restituer, de sorte que les HUG n'avaient aucune obligation de rembourser cette somme. Suite à une requête en conciliation déposée en date du 29 juin 2011 par l'assureur par devant le Tribunal civil à l'encontre des HUG et de l'hoirie de feu l'assuré (ci-après l'hoirie), le Tribunal civil a délivré à l'assureur l'autorisation de procéder en date du 28 septembre 2011. Les 3 et 14 décembre 2011, les HUG ont envoyé à l'assureur cinq garanties d'hospitalisation de feu l'assuré en Classe 2 (chambre à deux lits), hospitalisations qui ont débuté les 25 février, 2 avril, 9 avril, 19 mai et 12 juin 2009. Il y est signalé que la nature de l'hospitalisation était « ACC » (accident). En date des 15 et 16 décembre 2011, l'assureur a refusé lesdites garanties, au motif que le risque accident n'était pas compris dans l'assurance complémentaire demi-privée. Par acte du 16 décembre 2011, l'assureur a déposé une demande en paiement auprès de la Cour de céans, requérant principalement des HUG et subsidiairement de l'hoirie, le remboursement de la somme de 54'358 fr. 95, plus intérêts à 5% l'an dès le 29 juin 2011. Cette somme correspond aux frais de la part « chambre à deux lits » pour les séjours que feu l'assuré a effectués dans le service de neurologie des HUG du 25 février au 6 juillet 2009, dont l'assureur s'est acquitté à tort au titre de l'assurance complémentaire d'hospitalisation HOSPITA demi-privée maladie. L'assureur soutient que lesdites hospitalisations sont dues de manière prépondérante, sinon exclusive, à l'accident de la voie publique du 20 janvier 2009. Or, les HUG ont indiqué de manière erronée, dans leurs demandes de garantie et leurs factures, que ces hospitalisations découlaient d'un cas de maladie. Partant, dans la mesure où feu l'assuré n'était pas au bénéfice, au vu de la police du 21 octobre 2008 entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, d'une couverture accident complémentaire d'hospitalisation HOSPITA demi-privée, l'assureur aurait refusé la couverture de la prise en charge des hospitalisations dans une « chambre à deux lits ». Il en résultait que les HUG n'avaient pas respecté la Convention conclue avec l'assureur relative à la prise en charge et à la facturation des patients hospitalisés en division privée (chambre à un lit et chambre à deux lits), de sorte qu'ils devaient restituer la somme de 54'358 fr. 95. Qui plus est, les HUG semblaient avoir récemment admis que les séjours de feu l'assuré concernaient les suites d'un accident, attendu qu'ils lui avaient adressé, en décembre 2011, de nouvelles demandes de garantie, lesquelles mentionnaient que la nature du séjour concernait un accident. Si les HUG ne devaient pas être tenus à restitution, l'assureur fait valoir que feu l'assuré a reçu à tort des prestations au titre de l'assurance complémentaire d'hospitalisation HOSPITA demi-privée maladie, attendu qu'il n'était pas couvert pour le risque accident, de sorte que la restitution des prestations était demandée à l'hoirie à titre subsidiaire. Par réponse du 10 janvier 2012, l'hoirie, représentée par sa liquidatrice, conclut au rejet de la demande en paiement, sous suite de dépens. Par réponse du 2 février 2012, les HUG, représentés par un conseil, concluent à l'irrecevabilité de la demande en paiement de l'assureur en tant qu'elle est dirigée contre eux ainsi qu'au rejet de la demande au fond, sous suite de dépens. Ils considèrent que la Cour de céans n'est pas compétente en raison de la matière pour juger du litige qui les oppose à l'assureur, attendu qu'il porte sur un droit propre des HUG à voir leurs prestations payées directement par

l'assurance, au vu de l'accord qui les lie à l'assureur et qui prévoit le système du tiers payant. C'était au Tribunal arbitral des assurances de trancher ce litige. Dans sa réplique du 2 mars 2012, l'assureur maintient ses conclusions. Il estime que la compétence de la Cour de céans est donnée en tant que la demande est dirigée contre les HUG, dans la mesure où la liquidatrice de l'hoirie R_____ conteste l'absence de couverture, de sorte qu'il ne s'agit pas seulement d'un droit propre des HUG. De plus, la compétence est donnée, dès lors qu'elle est de toute façon établie en ce qui concerne l'assuré. Par duplique du 15 mars 2012, l'hoirie persiste dans ses conclusions. Par acte du 29 mars 2012, les HUG persistent également dans leurs conclusions du 2 février 2012. Tout d'abord, ils invoquent que le Tribunal arbitral est seul compétent pour juger d'une obligation propre aux HUG, quelle que soit sa nature. De plus, les HUG ne peuvent pas être attirés devant la Cour de céans du seul fait qu'elle est compétente pour connaître du litige entre l'assureur et l'assuré, dans la mesure où la consorité simple est exclue lorsque les causes relèvent de procédures différentes, ce qui était le cas en l'espèce, la procédure devant le Tribunal arbitral étant soumise à la LaLAMal et à la LPA et celle devant la Cour de justice au CPC. Une audience d'enquêtes et de comparution personnelle s'est tenue en date du 19 juin 2012, lors de laquelle les HUG ont sollicité que la question de la recevabilité de la demande en ce qui les concerne soit tranchée, avant que l'instruction soit poursuivie. La Cour de céans a ainsi informé les parties que cette question serait tranchée. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT Dans la mesure où les HUG soutiennent que la Cour de céans n'est pas compétente *ratione materiae* pour connaître de la demande en paiement dirigée contre eux, il convient de se prononcer sur ce point. L'assureur fait valoir que dès lors que la Cour de céans est compétente pour connaître du litige l'opposant aux hoirs, qui ont repris tous les droits et obligations de feu l'assuré, elle l'est également pour ce qui est du litige l'opposant aux HUG. La demande en paiement, qui comporte un exposé des faits et des conclusions, respecte les conditions légales (art. 130 et 244 CPC). a/aa) Conformément à l'art. 7 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 (CPC ; RS 292) et à 134 al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS 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). L'art. 85 al. 1 de la loi fédérale sur la surveillance des entreprises d'assurances du 17 décembre 2004 (LSA ; RS 961.01) précise que le juge statue sur les contestations de droit privé qui s'élèvent entre les entreprises d'assurance ou entre celles-ci et les assurés. a/bb) La procédure applicable aux litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale est la procédure simplifiée (art. 243 al. 2 let. f CPC) et la Cour de céans établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC). b) D'après, l'art. 71 CPC, les personnes dont les droits et les devoirs résultent de faits ou de fondements juridiques semblables peuvent agir ou être actionnées conjointement (al. 1). La consorité simple est exclue lorsque les causes relèvent de procédures différentes (al. 2). La consorité simple est exclue lorsque le demandeur émet des prétentions dont certaines relèvent d'une autre juridiction pour des raisons tenant à la compétence *ratione materiae* (p.ex. litiges du droit du droit du travail) indépendamment de la procédure applicable (JEANDIN Nicolas, Code de procédure civile commenté, 2011, n. 8 ad art. 71, p. 235). c) D'après l'art. 63 al. 1 CPC, si l'acte introductif d'instance retiré ou déclaré irrecevable pour cause d'incompétence est réintroduit dans le mois qui suit le retrait ou la déclaration d'irrecevabilité devant le tribunal

ou l'autorité de conciliation compétent, l'instance est réputée introduite à la date du premier dépôt de l'acte. Le tribunal qui décline sa compétence (à raison du lieu ou de la matière) ne peut ni ne doit indiquer dans sa décision (art. 238) le tribunal ou l'autorité qu'il tient pour compétent. Le tribunal ne peut pas davantage déléguer sa compétence et charger le juge compétent de statuer. La transmission d'office, bien qu'elle corresponde à la tendance moderne et qu'elle vaille devant les autorités de recours n'a pas été voulue en première instance, compte tenu des charges supplémentaires qui en découleraient apparemment pour les tribunaux. Il n'y a pas de lacune du Code sur ce point mais un silence qualifié du législateur (BOHNET François, Code de procédure civile commenté, 2011, n. 28 et 29 ad art. 63, p. 207ss, et les références). d/aa) En vertu de l'art. 89 LAMal, les litiges entre assureurs et fournisseurs de prestations sont jugés par un tribunal arbitral (al. 1). Le tribunal arbitral compétent est celui du canton dont le tarif est appliqué ou du canton dans lequel le fournisseur de prestations est installé à titre permanent (al. 2). Le tribunal arbitral est aussi compétent, si le débiteur de la rémunération est l'assuré (système du tiers garant, art. 42 al. 1), l'assureur représentant, en pareil cas, à ses frais l'assuré au procès (al. 3). Les cantons fixent la procédure qui doit être simple et rapide (al. 5 1^{ère} phrase). Conformément à l'art. 39 de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 29 mai 1997 (LaLAMal ; RS J 3 05), un Tribunal arbitral est chargé aux termes de l'art. 89 LAMal de trancher les litiges entre assureurs et fournisseurs de prestations (al. 1). La compétence de ce tribunal s'étend aux contestations entre assureurs et fournisseurs de prestations ayant trait aux assurances complémentaires (art. 12 al. 2 LAMal) (al. 2). En vertu de l'art. 45 al. 4 LaLAMal, les règles générales de procédure de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA ; A 5 10), s'appliquent pour le surplus, notamment en ce qui concerne la récusation des membres du tribunal arbitral et l'établissement des faits. d/bb) En ce qui concerne les litiges entre assureurs et établissements hospitaliers relevant de l'assurance-accidents obligatoire, l'art. 57 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 29 mars 1981 (LAA ; RS 832.20) prévoit qu'ils sont jugés par un tribunal arbitral dont la juridiction s'étend à tout le canton (al. 1). Le Tribunal compétent est celui du canton dans lequel se trouve l'installation permanente d'un de ces établissements (al. 2). Les cantons désignent le Tribunal arbitral et fixent la procédure (al. 3). D'après l'art. 7 de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 15 décembre 1983 (LaLAA ; J 3 20), la composition du Tribunal arbitral et la procédure sont réglées par la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 29 mai 1997. En l'occurrence, la Cour de céans, bien qu'elle soit compétente pour trancher des litiges entre assureurs et assurés en vertu d'une règle impérative prévue par le droit fédéral, ne l'est pas pour juger des litiges survenant entre assureurs et fournisseurs de prestations. C'est le Tribunal arbitral qui est compétent pour juger de tels litiges en matière d'assurance-maladie obligatoire ou d'assurance-accidents obligatoire. Quant à la question de savoir si le Tribunal arbitral est également compétent pour trancher des litiges en matière d'assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale et cas échéant, éventuellement en matière d'assurance complémentaire à l'assurance-accidents obligatoire, ou si c'est un autre tribunal, peut toutefois rester ouverte, dans la mesure où la Cour de céans n'est pas tenue de déterminer l'autorité compétente ni de lui transmettre d'office la cause. Partant, la Cour de céans est incompétente à raison de la matière en ce qui concerne la demande en paiement dirigée contre les HUG, laquelle doit dès lors être déclarée irrecevable. Il sera précisé que le litige porte sur le droit de l'assureur de requérir la restitution des frais d'hospitalisation en division semi-privée pour la période courant du 25 février au 6 juillet 2009, d'un montant

total de 54'358 fr. 95. La valeur litigieuse est ainsi de 54'358 fr. 95. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant sur incident Déclare la demande en paiement irrecevable en tant qu'elle est dirigée contre les HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE. Condamne la SWICA ASSURANCE-MALADIE SA à verser aux HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE une indemnité de 1'500 fr. à titre de dépens. Dit que la procédure est gratuite. Conformément aux art. 72 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110), le présent arrêt peut être porté dans les trente jours qui suivent sa notification avec expédition complète (art. 100 al. 1 LTF) par devant le Tribunal fédéral par la voie du recours en matière civile (Tribunal fédéral suisse, avenue du Tribunal fédéral 29, 1000 Lausanne 14). 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, invoqués comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La valeur litigieuse des conclusions pécuniaires est en l'espèce, au sens de la LTF, supérieure ou égale à 30'000 fr. La greffière Irène PONCET La présidente Sabina MASCOTTO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA) par le greffe le

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