

GE_GERICHTE A/899/2012 vom 23. Oktober 2012

GE Cour de justice, 2012-10-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_899_2012

FR: GE_GERICHTE A/899/2012 du 23 octobre 2012

IT: GE_GERICHTE A/899/2012 del 23 ottobre 2012

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 23.10.2012
A/899/2012

A/899/2012 ATAS/1277/2012 du 23.10.2012 (LCA) , REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/899/2012
ATAS/1277/2012 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 23
octobre 2012 1 ère Chambre En la cause Madame T _____, domiciliée à Bernex,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jacqueline MOTTARD
demanderesse contre MUTUEL ASSURANCES SA, sise rue du Nord 5, Martigny
défenderesse EN FAIT Madame T _____ (ci-après : l'assurée ou la demanderesse) est
assurée auprès d'AVENIR ASSURANCE MALADIE SA (AVENIR) au titre de l'assurance
obligatoire des soins. Pour son assurance complémentaire, elle est assurée auprès de
MUTUEL ASSURANCES SA (ci-après : MUTUEL ou la défenderesse) et bénéficie d'une
couverture d'hospitalisation en division semi-privée. Par courrier du 1 er juillet 2011, la
Dresse A _____, spécialiste FMH en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique,
a demandé son accord à AVENIR pour la prise en charge d'une réduction mammaire chez
l'assurée. Elle a notamment expliqué que les seins de sa patiente étaient douloureux et
denses à la palpation. Une diminution de moitié du volume actuel était préconisée, pour
soulager les douleurs aux épaules et à la nuque ainsi que la dermite des plis qui apparaissait
pendant les mois chauds. Le 20 juillet 2011, AVENIR a accepté de prendre en charge
l'intervention préconisée par la Dresse A _____, précisant toutefois que les opérations
de chirurgie plastique étaient exclues des prestations, de sorte que sa participation se
limiterait au forfait de référence de la division commune du canton de domicile de l'assurée.
Le 25 juillet 2011, l'assurée a rappelé que son contrat d'assurance prévoyait une
hospitalisation en division semi-privée, de sorte qu'AVENIR était invitée à revoir sa
position. S'agissant plus particulièrement de l'intervention, elle a indiqué qu'en raison d'une
hypertrophie mammaire, elle souffrait depuis plusieurs années de douleurs dorsales
récurrentes et également cutanées lors de fortes chaleurs. Sa poitrine volumineuse devenait
ainsi un réel handicap dans sa vie de tous les jours et notamment pour pratiquer certains
sports, tels que la marche rapide, la gymnastique ou le ski. L'intervention n'était dès lors pas
une intervention de chirurgie plastique pure, mais une réelle nécessité. Le 2 août 2011,
AVENIR a indiqué que son médecin-conseil ne contestait pas la nécessité de la réduction
mammaire, ce traitement étant justifié médicalement. Toutefois, cette intervention relevait
de la chirurgie plastique, laquelle était exclue de la couverture d'assurance. Ainsi, la
participation d'AVENIR se limiterait au forfait de référence du canton de domicile de
l'assurée en division commune. Le 30 août 2011, la Dresse B _____, spécialiste FMH
en gynécologie et obstétrique, s'est étonnée de ce qu'AVENIR ne prenne pas en charge une
hospitalisation en division semi-privée, puisque l'intervention en question ne relevait
absolument pas de la chirurgie esthétique, mais d'une indication médicale en raison d'une

hypertrophie mammaire accompagnée de mastodynies et de contractures musculaires dorsales et cervicales. Le 7 octobre 2011, l'assurée a invité AVENIR à revoir sa position, compte tenu des avis des Dresses A_____ et B_____. Le 11 novembre 2011, AVENIR a confirmé que la nécessité médicale du traitement n'était pas contestée. Toutefois, selon les indications dont disposait son médecin-conseil, le traitement prévu concernait bien de la chirurgie plastique, c'est-à-dire une spécialité chirurgicale qui répare et remodèle une structure tégumentaire ou une forme du corps humain. La prise en charge se limitait dès lors au forfait de référence du canton de domicile de l'assurée en division commune. La réduction mammaire a été pratiquée le 21 novembre 2011 à la Clinique Générale Beaulieu. Le 13 décembre 2011, la Dresse A_____ a estimé que les coûts de l'intervention devaient être assumés par AVENIR car le cas de sa patiente correspondait à la jurisprudence en matière de prise en charge des réductions mammaires. Selon le rapport de pathologie, le poids enlevé était de 760gr. à gauche et 650gr. à droite. Depuis lors, les douleurs dorsales et les importantes tensions à la nuque avaient disparu et ceci très rapidement après l'opération. Le 20 mars 2012, la demanderesse a déposé une demande en paiement contre Avenir. Elle a conclu à ce qu'AVENIR soit condamnée au paiement de 11'875 fr. 55 avec intérêts à 5% dès le 21 novembre 2011, motif pris qu'elle avait été contrainte de prendre en charge tous les frais liés à son intervention chirurgicale en division semi-privée, alors même qu'elle avait contracté une couverture d'assurance pour les hospitalisations en division semi-privée auprès de cette assurance. Elle a allégué que l'opération de réduction des seins constituait d'ailleurs une prestation à la charge des caisses-maladie si l'hypertrophie mammaire était à l'origine de troubles physiques ou psychiques ayant eux-mêmes valeur de maladie au sens juridique et que le but de l'intervention était d'éliminer les atteintes secondaires. Or, la Dresse B_____ avait confirmé que son hypertrophie mammaire était à l'origine des troubles physiques dont elle souffrait et ayant eux-mêmes valeur de maladie, tels que les mastodynies et les contractures musculaires cervicales et dorsales. L'opération chirurgicale du 21 novembre 2011 avait d'ailleurs eu pour effet d'éliminer ces atteintes secondaires. Une indication médicale à une intervention était également admise à partir du moment où une réduction de poids d'environ 500gr. ou plus de chaque côté était envisagée ou exécutée et pour autant que l'assurée souffre de douleurs dues à l'hypertrophie et ne présente pas d'adiposité, le critère déterminant étant l'existence d'un lien de causalité entre l'hypertrophie et les troubles physiques ou psychiques. En l'occurrence, la Dresse A_____ avait retiré 760gr. à gauche et 650gr. à droite et confirmé l'existence d'un lien de causalité entre l'intervention chirurgicale et la disparition des douleurs dorsales et des tensions qu'elle ressentait à la nuque. Ceci démontrait que ses douleurs étaient suffisamment importantes pour exclure que son désir de se faire opérer découlait de considérations esthétiques. Cette intervention avait un fondement strictement médical. La demanderesse a enfin relevé que, dans ses prises de position, la défenderesse avait admis la nécessité du traitement, de sorte qu'il était illogique qu'elle refuse de prendre les frais y relatifs en charge. Dans sa réponse du 18 mai 2012, MUTUEL a conclu au déboutement de la demanderesse et au paiement de frais et dépens de procédure. Elle a indiqué que les interventions de chirurgie plastique et reconstructive étaient exclues de la couverture d'assurance. En particulier, la chirurgie plastique se définissait comme étant la spécialité chirurgicale qui répare et remodèle une structure tégumentaire ou une forme du corps humain. Elle touchait presque toutes les régions anatomiques, excepté l'intérieur du crâne, du thorax et de l'abdomen. Ainsi, tant la chirurgie esthétique que reconstructive étaient des branches de la chirurgie plastique et, par

conséquent, exclues de l'assurance maladie. De même, la réduction mammaire était une opération de chirurgie plastique, qu'elle soit esthétique ou non. Par conséquent, elle ne pouvait pas être couverte par l'assurance d'hospitalisation. Or, bien qu'ayant été informée à plusieurs reprises de l'absence de couverture en division semi-privée, la demanderesse avait fait le choix de subir son intervention auprès de la Clinique Générale Beaulieu. La défenderesse a par ailleurs relevé que l'assurance obligatoire des soins n'était de toute façon pas en cause. Si par impossible, la Cour de céans devait retenir que l'assurance maladie combinée d'hospitalisation l'était, il fallait préciser que cette assurance n'intervenait qu'en complément de l'assurance obligatoire des soins, c'est-à-dire au forfait de 714 fr. 30 par jour en division commune, soit 2'142 fr. 90 qui devaient être portés en déduction de la facture de la Clinique Générale Beaulieu. Quoiqu'il en soit, la facture en question, d'un montant de 11'065 fr., n'était pas suffisamment détaillée pour pouvoir s'assurer qu'elle correspondait à la convention tarifaire conclue avec la Clinique Générale Beaulieu. Le 9 juillet 2012, la demanderesse fait part de sa réplique. Elle a modifié ses conclusions en ce sens que MUTUEL soit désormais condamnée au paiement des 11'875 fr. 55 avec intérêts à 5% dès le 21 novembre 2011, sous déduction de 2'142 fr. 90 relevant de l'assurance obligatoire des soins. À titre liminaire, elle a indiqué que, dans sa demande initiale, elle avait assigné AVENIR en lieu et place de MUTUEL car le libellé et le contenu des courriers échangés avec AVENIR prêtaient à confusion. En effet, ces deux entités étaient apparemment membres du même groupe, avaient leur siège au même endroit, et AVENIR s'était prononcée seule sur le présent litige, avec son papier en-tête, alors qu'il relevait en réalité de la sphère de MUTUEL. Ce n'était que dans le cadre du recours que MUTUEL s'était prononcée pour la première fois. Aussi, et dans la mesure où MUTUEL semblait accepter la substitution de parties, la demanderesse avait simplement modifié le nom de la partie défenderesse dans son écriture. S'agissant plus particulièrement de l'intervention, la défenderesse avait admis qu'elle était médicalement justifiée mais que sa prise en charge devait être limitée au forfait de l'assurance maladie obligatoire des soins en division commune. De l'avis de la défenderesse toujours, toute prise en charge supplémentaire déduite de l'assurance maladie complémentaire était exclue par l'art. 4 ch. 2 des conditions générales d'assurance. Or, une interprétation conforme au sens et au but de cette disposition conduisait à admettre que seule la chirurgie plastique et reconstructive à but uniquement esthétique était exclue et non lorsqu'il s'agissait du seul moyen pour intervenir sur un plan exclusivement médical. L'art. 4 ch. 2 excluait d'ailleurs expressément de sa limitation de couverture la reconstruction mammaire. En l'occurrence, la nécessité médicale de cette intervention avait été admise par la défenderesse, vu qu'il s'agissait du seul moyen pour remédier aux douleurs dorsales et cervicales y relatives. La prescription de cette opération l'avait ainsi été en dehors de toute considération esthétique, de sorte que la défenderesse devait être tenue de prendre en charge tous les coûts supplémentaires liés à l'intervention en division semi-privée qui ne seraient pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins. S'agissant enfin des accords tarifaires qui liaient la défenderesse à la Clinique Générale Beaulieu, la recourante indiquait qu'elle n'avait pas pu en bénéficier puisqu'elle avait reçu la facture directement chez elle. Cela étant, la défenderesse devait également répondre du dommage en résultant car il était la conséquence de son refus infondé de prendre en charge l'intervention pourtant annoncée. Dans sa duplique du 3 août 2012, la défenderesse a maintenu ses conclusions, considérant que la demanderesse se bornait à réitérer les arguments relatifs à la nécessité de l'intervention chirurgicale. Ces allégations étaient toutefois irrelevantes et mal fondées, dans la mesure où la présente procédure relevait

exclusivement du droit privé (LCA) et non du droit public (LAMal), dès lors qu'elle concernait un litige relatif à une assurance complémentaire. La question était en effet uniquement de déterminer s'il s'agissait d'une opération de chirurgie plastique et reconstructive et non pas de savoir s'il s'agissait d'une opération purement esthétique ou nécessaire médicalement. Or, la réduction mammaire subie par la demanderesse le 21 novembre 2011 était incontestablement une intervention plastique et reconstructive et, par conséquent, expressément exclue par l'art. 4 ch. 2 des conditions générales d'assurance. Contrairement à ce que soutenait la demanderesse, cette clause était d'ailleurs dépourvue d'ambiguïté, de sorte que MUTUEL n'avait pas à prendre en charge les frais de l'intervention litigieuse. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 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 1^{er} 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). Sa compétence à raison de la matière pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La demanderesse étant domiciliée à Genève, la Cour est également compétente à raison du lieu (art. 17 CPC, art. 29 al. 2 CGA de 2005). La cause n'est pas soumise à une tentative obligatoire de conciliation (cf. ATAS/577/2011 du 31 mai 2011). Pour le surplus, la demande répond aux réquisits légaux de forme (art. 130, 244 CPC). Elle est donc recevable. La procédure simplifiée s'applique (art. 243 al. 2 let. f CPC), et la Cour établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC). À titre liminaire, il convient de se pencher sur la capacité pour défendre de MUTUEL ASSURANCES SA. a) La question de la qualité pour défendre relève, comme dans un procès civil, du fondement matériel de l'action (ATF non publié du 30 décembre 2003, B 59/03, consid. 3.2 et les références citées). A la qualité pour défendre, ou la légitimation passive, la personne qui est débitrice du droit matériel allégué. La légitimation passive relève ainsi du droit de fond puisqu'elle a trait au fondement matériel de l'action, mais elle n'emporte pas encore décision sur l'existence de la prétention de la demanderesse, que ce soit quant à son principe ou quant à la mesure dans laquelle elle la fait valoir. L'absence de légitimation passive conduit au rejet de la demande (ATF 111 V 342, consid. 1c, ATF 114 II 345, consid. 3a). Cela étant, il convient de ne pas perdre de vue que la notion de "droit matériel", reprise du droit privé, ou de "droits subjectifs", ne s'intègre pas bien dans la systématique propre du droit public, et elle ne correspond pas non plus aux besoins de protection judiciaire des particuliers à l'encontre de l'administration. Certes, par la décision, celle-ci entre dans un rapport juridique particulier avec tel ou tel administré. Mais elle est tenue par des obligations générales qui ont pour objet de déterminer le contenu de la décision : principes de la légalité, de l'intérêt public, de la proportionnalité, prohibition de l'arbitraire et de l'inégalité de traitement. Ces obligations sont générales, en ce qu'elles s'imposent à l'administration même en l'absence de tout objectif correspondant (MOOR, Droit administratif, Vol. II, Berne 2002, pp. 619 ss). b) En l'occurrence, la demanderesse a assigné AVENIR, considérant qu'elle était débitrice des frais liés à son intervention chirurgicale du 21 novembre 2011. Elle a à cet égard expliqué qu'elle avait assigné AVENIR en lieu et place de MUTUEL car le libellé et le contenu des courriers échangés avec AVENIR prêtaient à confusion. Il y a en effet lieu de constater que ces deux entités sont membres du même groupe, ont leur siège au même endroit, et qu'AVENIR s'était prononcée seule sur le présent litige, avec son papier-en-tête, alors que

celui-ci relève en réalité de la sphère de MUTUEL. Ce n'est que dans le cadre du recours que MUTUEL s'est prononcée pour la première fois. En tant qu'elle est dirigée contre AVENIR, la demande en paiement devrait être rejetée, l'assurance maladie ne disposant pas de la légitimation passive. Toutefois, MUTUEL, dans sa réponse du 18 mai 2012, a tacitement acquiescé à une substitution des parties au sens de l'art. 6 CPC. Dans cette mesure, la Cour de céans admettra la demande en paiement en ce sens qu'elle est dirigée contre MUTUEL. L'assurance en cause est soumise à la LCA, ce qui est confirmé par l'art. 1.2 CGA. Le litige porte sur la prise en charge par l'assurance complémentaire d'hospitalisation de la demanderesse de son séjour en division semi-privée lors de sa réduction mammaire. 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 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 qu'on ne peut ériger 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 résulter du but poursuivi par les parties ou d'autres circonstances que la lettre ne restitue pas exactement le sens de l'accord conclu (arrêt 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 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 (ATF B 56/03 du 2 décembre 2003, consid. 3.6; ATF 122 III 124 , consid. 2d). Aux termes de l'art. 33 LCA, l'assureur répond - sauf dispositions contraires - 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. Cette disposition est une concrétisation de l'adage in dubio contra stipulatorem (ATF 115 II 264 , consid. 5a). Ainsi, une disposition qui limite le risque assuré n'est valable

que si elle exclut de l'assurance certains événements de manière précise et non équivoque. Savoir si une telle condition est remplie dans le cas concret se détermine d'après le sens généralement donné dans le langage courant aux termes utilisés (ATF 116 II 189 , consid. 2a). Il ne s'agit pas de s'en tenir d'emblée à la solution la plus favorable à l'assuré. Il est vrai néanmoins qu'une clause d'exclusion doit être interprétée restrictivement (ATF 5C.26/2004 du 14 avril 2004, consid. 3.1). En outre, il est exclu d'interpréter de manière isolée les divers éléments du contrat; chaque clause contractuelle doit être interprétée à partir du contrat dans son ensemble (ATF 5C.44/2004 du 21 mai 2004, consid. 2.1). Partant, lorsque les parties ont convenu de la définition à donner à un terme dans le contrat d'assurance ou dans les CGA, qui en font partie intégrante, c'est cette définition conventionnelle qui fait foi (Stephan FUHRER, Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, 2001, N° 106, ad art. 33 LCA). En l'espèce, l'art. 4.2 des conditions générales de l'assurance maladie complémentaire prévoit une délimitation de la couverture en division semi-privée. Sont notamment exclus de l'assurance maladie et accidents les interventions de chirurgie plastique et reconstructive, à l'exclusion de la reconstruction mammaire, selon les conditions particulières des catégories d'assurance. A la lumière des considérants qui précèdent, il convient d'interpréter les notions de reconstruction mammaire et de chirurgie plastique et reconstructive. Le Tribunal fédéral a exposé les principes applicables en matière de reconstruction mammaire dans un arrêt du 28 octobre 1985 (ATF 111 V 229). Il s'agissait du cas d'une assurée qui avait subi une mastectomie (ablation de la glande mammaire) radicale du côté gauche et sollicitait la prise en charge de l'implantation d'une prothèse mammaire. Dans le contexte de la clause d'exclusion du cas d'espèce, on ne voit guère quelle autre signification pourrait revêtir la notion de reconstruction mammaire. Le cas de la demanderesse ne relève pas de cette définition, de sorte qu'elle ne devrait pas bénéficier de la couverture d'hospitalisation en division semi-privée. Elle ne l'allègue d'ailleurs pas, soulignant toutefois que l'intervention subie n'avait pas un but esthétique mais médical. Il ne s'agissait ainsi pas d'une simple chirurgie plastique mais bien d'une intervention nécessaire. Il convient ici de se pencher sur la notion de chirurgie plastique. Le Dictionnaire illustré des termes de médecine la définit comme la chirurgie destinée à corriger les déformations congénitales ou acquises. C'est donc une spécialité chirurgicale qui répare ou remodèle une structure tégumentaire ou une forme du corps humain. En l'espèce, si la Cour de céans s'accorde avec la demanderesse et AVENIR pour dire que la réduction mammaire qu'elle a subie ne relevait pas de considérations esthétiques mais bien médicales, il n'en demeure pas moins que cette intervention est exclue du champ d'application de l'assurance complémentaire, puisqu'il s'agit de chirurgie plastique. C'est ainsi à bon droit que MUTUEL a refusé de prendre en charge les frais d'hospitalisation en division semi-privée relatifs à cette opération. La Cour de céans invite toutefois la demanderesse à interpeller AVENIR, étant considéré que, le 11 novembre 2011, elle s'est engagée à prendre en charge les coûts correspondant à ceux pratiqués en division commune pour ce type d'intervention, déduction faite du montant de la franchise annuelle. À cet égard, la Cour de céans rappellera que la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins d'une réduction mammaire dépend - en plus des critères de l'efficacité, du caractère approprié et de l'économicité (art. 32 al. 1 LAMal) - de conditions dégagées par la jurisprudence sous l'empire de la LAMA qui ont continué à s'appliquer avec l'entrée en vigueur, au 1er janvier 1997, de la LAMal (RAMA 2000 n° KV 138 p. 360 consid. 3b). Aussi, l'opération de réduction du sein constitue une prestation à la charge des caisses-maladie si l'hypertrophie mammaire est à l'origine de troubles physiques ou

psychiques ayant eux-mêmes valeur de maladie au sens juridique et que le but de l'intervention est d'éliminer ces atteintes secondaires. La présence de troubles pathologiques n'est pas en soi déterminante, mais bien le point de savoir si les troubles sont importants et que d'autres raisons, en particulier d'ordre esthétique, peuvent être écartées (ATF 121 V 213 consid. 4 et 5a; RAMA 1996 n° K 972 p. 3 consid. 4; ATFA non publié du 29 janvier 2001, K 171/00). Une indication médicale à une intervention est admise à partir du moment où une réduction de poids d'environ 500 grammes ou plus de chaque côté est envisagée ou exécutée et pour autant que l'assurée souffre de douleurs dues à l'hypertrophie et ne présente pas d'adiposité, le critère déterminant étant l'existence d'un lien de causalité entre l'hypertrophie et les troubles physiques ou psychiques (ATF 130 V 301 consid. 3, 121 V 211 ; ATFA non publié du 17 août 2005, K 4/04; voir aussi RAMA 2000 n° KV 138 p. 357). Au vu de ce qui précède, la demande doit être rejetée. Pour le surplus, il n'est pas alloué de dépens à la charge de la demanderesse (art. 17 al. 3 let. b de la loi d'application du code civil et du code des obligations du 7 mai 1981 [LaCC ; RS E 1 05]) ni perçu de frais judiciaires (art. 114 let. e CPC). **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare la demande recevable. Constate la substitution des parties, en ce sens que MUTUEL ASSURANCES SA est assignée en lieu et place d'AVENIR ASSURANCE MALADIE SA. Au fond : La rejette. 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). Lorsque la valeur litigieuse minimale de 30'000 francs n'est pas atteinte, le recours n'est recevable que si la contestation soulève une question juridique de principe (art. 74 al. 2 let. a LTF). 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, inférieure à 30'000 fr. La greffière Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI 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.