

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1541/2011

ATAS/1283/2012

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt incident du 18 octobre 2012

3^{ème} Chambre

En la cause

Madame D _____, domiciliée Genève, représentée par
l'ASSOCIATION SUISSE DES ASSURES

demanderesse

contre

INTRAS ASSURANCE SA, sise rue Blavignac 10, 1227 Carouge

défenderesse

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Christine LUZZATTO et Violaine LANDRY
ORSAT, Juges assesseurs**

ATTENDU EN FAIT

Que Madame D_____ (ci-après : l'assurée), née en 1961, est affiliée pour l'assurance obligatoire des soins auprès d'INTRAS ASSURANCE-MALADIE SA (ci-après : l'assureur-maladie) et, pour les assurances complémentaires (« DUE + », « QUADRA + » semi-privé et « DENTA »), auprès d'INTRAS ASSURANCE SA (ci-après : l'assureur complémentaire) ;

Que par courriers des 22 juillet et 30 septembre 2009 et du 13 janvier 2010, la Dresse L_____, spécialiste FMH en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, a sollicité la prise en charge par l'assureur-maladie et l'assureur complémentaire (ci-après cités conjointement: les assureurs) d'une réduction des seins de l'assurée ;

Que par courriers des 17 août et 9 octobre 2009 et du 27 janvier 2009 (*recte* 2010), les assureurs ont refusé ;

Que l'intervention a été malgré tout pratiquée le 29 octobre 2009 à la Clinique Générale Beaulieu, où l'assurée a séjourné jusqu'au 31 octobre 2009 ;

Que par décision formelle du 23 juillet 2010, confirmée sur opposition le 15 février 2011, l'assureur-maladie a confirmé son refus de prise en charge ;

Que le 18 mars 2011, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en demandant à ce que l'assurance-maladie prenne en charge les frais relatifs à son intervention, soit 11'445 fr. avec intérêts dès le 1^{er} janvier 2010 ;

Que le 24 mai 2011, l'assurée (ci-après : la demanderesse) a en outre saisi la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'une demande en paiement dirigée contre l'assureur complémentaire (ci-après : la défenderesse) concluant, sous suite de frais et dépens, à ce que ce dernier soit condamné à lui payer les frais d'intervention et d'hospitalisation, soit 11'445 fr., avec intérêts dès le 1^{er} janvier 2010 ;

Que par ordonnance du 31 mai 2011, la Cour a joint les causes A/809/2011 (recours) et A/1541/2011 (demande en paiement) sous le numéro A/809/2011 ;

Que dans un arrêt du 31 mai 2012 (ATAS/755/2012), la Cour a partiellement admis le recours, annulé la décision sur opposition du 15 février 2011 et renvoyé la cause à l'assureur-maladie pour instruction complémentaire ; qu'en substance, la Cour a considéré que l'instruction était incomplète : en effet, l'anamnèse était lacunaire et aucun des médecins traitants de la recourante ne s'était prononcé sur la question de savoir si les douleurs cervicales, dorsales et lombaires pouvaient avoir une origine indépendante de l'hypertrophie mammaire, sur ses migraines et ses troubles statiques, sur la possibilité que des mesures conservatives constituent une alternative efficace à la réduction mammaire ou encore sur les raisons pour lesquelles des massages et séances d'ostéopathie - traitements ne relevant pas de l'assurance obligatoire de soins - avaient

été prescrits ; on ignorait en outre à quand remontait l'apparition des douleurs dorsales et de l'hypertrophie mammaire ;

Qu'en outre, considérant que l'obligation de prester de la défenderesse dépendait de celle de l'assureur-maladie, la Cour a disjoint les procédures afin de permettre la suspension de celle concernant l'assurance complémentaire ;

Que l'arrêt du 31 mai 2012 est entré en force ;

CONSIDERANT EN DROIT

Que 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) ;

Que la compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie ;

Que la procédure applicable aux litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale est simplifiée (art. 243 al. 2 let. f CPC) et que la Cour de céans établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC) ;

Qu'à teneur de l'art. 126 CPC, le tribunal peut ordonner la suspension de la procédure si des motifs d'opportunité le commandent, notamment lorsque la décision dépend du sort d'un autre procès ;

Qu'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 librement édicter les dispositions statutaires ou réglementaires dans les branches s'assurances complémentaires (ATAS/1104/2006) ;

Que comme leur nom l'indique, le but des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale est clairement de compléter l'assurance obligatoire de soins ;

Que dans ce contexte, l'art. 12 LAMal dispose que « les caisses-maladie ont le droit de pratiquer, en plus de l'assurance-maladie sociale au sens de la présente loi, des assurances complémentaires ; elles peuvent également pratiquer d'autres branches d'assurance, aux conditions et dans les limites fixées par le Conseil fédéral » ;

Que cette complémentarité ressort également de l'art. 1 des conditions générales de la défenderesse, qui stipule que l'assurance complémentaire en cause permet de couvrir les frais supplémentaires de traitement et de pension en cas de séjour hospitalier ;

Qu'en outre, conformément à l'art. 19 ch.1 des conditions spéciales d'assurance, les prestations garanties sont versées en plus de celles prévues par l'assurance obligatoire des soins LAMal ;

Qu'en l'espèce, comme cela a été relevé dans l'arrêt du 31 mai 2012 (ATAS/755/2012), l'obligation de prester de la défenderesse dépend de celle de l'assureur-maladie ;

Que dès lors que le dossier de la demanderesse a été renvoyé à ce dernier pour instruction complémentaire, il y a lieu de suspendre la présente procédure jusqu'à droit connu en matière d'assurance obligatoire des soins.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :
Statuant sur incident**

1. Suspend l'instance en application de l'art. 126 CPC, jusqu'à droit connu dans le litige opposant la demanderesse à son assureur maladie.
2. Réserve la suite de la procédure.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. 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

La présidente

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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