



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2489/2020

ATAS/1101/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 novembre 2020

9^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, CAROUGE, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Soile
SANTAMARIA

demandeur

contre

HELSANA ASSURANCES COMPLEMENTAIRES SA, sise
Zürichstrasse 130, DÜBENDORF

défenderesse

**Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente; Anny FAVRE et Christine TARRIT-
DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1960, a conclu avec Helsana assurances complémentaires SA (ci-après : l'assurance) une police d'assurance complémentaire comprenant le produit « COMPLETETA ».
2. Dans la déclaration de santé remplie par l'assuré le 1^{er} novembre 2017 en vue de la conclusion d'une police complémentaire avec l'assurance, l'assuré a notamment coché la case « non » aux questions suivantes :

Question 2a : « êtes-vous actuellement traité(e) ou suivi(e) par un médecin, dentiste, naturopathe, thérapeute, etc. ou cela est-il prévu ? »

Question 2b : « vous a-t-on recommandé une visite médicale/des examens médicaux qui n'ont toutefois pas encore été effectués ? »

Question 3 : « au cours des cinq dernières années, avez-vous suivi un traitement/contrôle/examen ambulatoire ou stationnaire dispensé par un médecin / dentiste / naturopathe / thérapeute ? »

En-dessous de ces questions, il était notamment mentionné, en petites lettres, que « par [s]a signature, [l'assuré] déli[ait] les fournisseurs de prestations, assureurs-maladie, médecins-conseils et autres services compétents de leur obligation légale et contractuelle de garder le secret vis-à-vis des sociétés du Groupe Helsana et d'autres assureurs selon les assurances qu'[il] souhaite conclure, et plus particulièrement vis-à-vis de leurs services d'examen du risque, et [il] les autorise à fournir tous les renseignements nécessaires en relation avec l'assurance souhaitée (pour l'examen du risque et pour la vérification de la réticence) ».

3. L'offre, conclue le 1^{er} novembre 2017, indiquait que le contrat d'assurance était valable du 1^{er} janvier 2019 au 1^{er} janvier 2024.
4. L'assuré a été reçu en consultation par Monsieur B_____, psychothérapeute et psychanalyste sis en France, les 17, 23 et 29 janvier, 6, 13 et 20 février, 6 et 22 mars et 11 avril 2019. Les factures du thérapeute, de CHF 150.- par séance, ont été transmises à l'assurance.
5. Le 21 mai 2019, l'assurance a sollicité de l'assuré un extrait détaillé des prestations versées au titre de l'assurance de base et des assurances complémentaires durant les cinq dernières années (nom du prestataire et dates de traitement). Elle a expliqué avoir remboursé plusieurs séances de psychothérapie depuis le 6 février 2019, alors que, dans sa déclaration de santé du 1^{er} novembre 2017, l'intéressé avait déclaré n'être suivi pour aucun traitement.
6. Le 18 juin 2019, l'assurance a reçu un relevé des prestations médicales dispensées pour la période du 1^{er} janvier 2017 au 28 mai 2019 d'Avenir assurance maladie SA,

du Groupe Mutuel, ainsi qu'un relevé de prestations de l'assurance CSS pour la période du 2 septembre 2015 au 3 février 2017.

7. Le 20 juin 2019, l'assurance a envoyé un questionnaire médical à la doctoresse C_____, médecin interne FMH et médecin traitante de l'assurée. Elle a notamment interrogé la médecin sur les raisons médicales des examens des 16 août 2017 et 31 octobre 2017.
8. Le 30 juillet 2019, la Dresse C_____ a notamment répondu que le patient était « au courant des diagnostics du Docteur [...] depuis septembre 2017, par contre il [était] possible qu'il n'ait pas eu toute les informations du bilan demandé par le Dr ... le 1^{er} novembre 2017 ». Ce document a été partiellement caviardé dans le cadre de la présente procédure.
9. Par courrier recommandé du 12 août 2019, l'assurance a résilié le contrat d'assurance complémentaire COMPLETA avec effet au 31 août 2019, au motif que l'assuré n'avait pas répondu correctement à la question 3 figurant dans le questionnaire de santé. Ce document a été partiellement caviardé dans le cadre de la présente procédure.
10. Dans un courrier du 30 août 2019, l'assuré, par l'intermédiaire de ses mandataires, a contesté la résiliation du contrat par l'assurance. Il a fait valoir, en premier lieu, qu'il n'avait pas donné son consentement à l'acquisition des dossiers médicaux détaillés, qui n'avaient aucun lien avec le sinistre. Il réservait ses droits par rapport à un traitement illicite de données médicales sensibles. La résiliation n'était pas conforme au droit. Les trois causes de réticence soulevées par l'assurance concernaient des situations bénignes, sans indication d'une quelconque pathologie et sans qu'il n'ait été ordonné de traitement. L'assuré n'avait fait l'objet d'aucun diagnostic qu'il aurait eu l'obligation de dévoiler à l'assurance. Enfin, l'assurance n'avait pas démontré que le délai de péremption de l'art. 6 al. 2 LCA avait été respecté. Ce document a été partiellement caviardé dans le cadre de la procédure.
11. Dans un courrier du 9 septembre 2019, l'assurance a fait savoir à l'assuré qu'elle procéderait à des vérifications et le tiendrait informé de ses investigations.
12. Le 30 décembre 2019, l'assurance a maintenu la résiliation du contrat d'assurance. Le rapport médical de la Dresse C_____ lui était parvenu le 7 août 2019, de sorte que le délai de péremption de quatre semaines était respecté. De par sa signature sur la déclaration de santé, le 1^{er} novembre 2017, l'assuré avait délié les fournisseurs de prestations, assureurs-maladies, médecins-conseils et autres services compétents de leur obligation légale et contractuelle de garder le secret vis-à-vis des sociétés du Groupe Helsana. La manière selon laquelle l'assuré avait rempli la déclaration de santé avait laissé entendre qu'il n'avait pas consulté de médecin ou thérapeute durant les cinq dernières années. Or, selon l'extrait de prestations d'Avenir assurance maladie SA, reçu par l'assurance le 18 juin 2019, ses frais de traitement s'étaient élevés à CHF 6'978.20. L'appréciation personnelle de l'assuré ne jouait pas de rôle pour déterminer ce qui avait valeur de maladie. Dans son cas, un

diagnostic avait été posé en septembre 2017. Au moment de la conclusion du contrat, l'assuré était également en traitement, la dernière consultation ayant eu lieu le 31 octobre 2017, soit un jour avant la signature du contrat. Rien ne l'empêchait de mentionner ces examens dans sa déclaration de santé du 1^{er} novembre 2017, d'autant plus qu'il était dans l'attente des résultats du bilan sanguin pratiqué.

13. Par acte du 21 août 2020, l'assuré a déposé auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, une action en constatation de l'existence du contrat d'assurance. Il a conclu, préalablement, à ce que la chambre de céans limite la procédure (art. 125 let. a CPC) aux questions suivantes : illicéité du traitement des données médicales sensibles par l'assurance et conséquences sur la validité de résiliation ; le cas échéant, inexploitabilité des moyens de preuve par hypothèse invoqués par l'assurance sur la base de données médicales sensibles traitées illégalement. Principalement, il a conclu, sous suite de frais et dépens, à ce que la chambre de céans constate que le contrat d'assurance complémentaire COMPLETA n'avait pas été valablement résilié le 12 août 2019 et que le contrat d'assurance était maintenu.
14. Le 21 août 2020, la chambre de céans a invité l'assurance à lui faire parvenir sa réponse et son dossier complet et a demandé aux parties si elles souhaitaient la tenue d'une audience de débats.
15. Le 28 août 2020, l'assuré a fait valoir que le courrier de la chambre de céans du 21 août 2020 était prématuré, dès lors qu'il avait sollicité à titre préalable la limitation du procès afin d'éviter l'atteinte à sa personnalité en raison de la communication de données sensibles acquises de façon illicite par l'assurance. Il a ajouté qu'il lui était impossible de se prononcer sur la nécessité d'une audience de débats avant que la chambre ait statué sur ses conclusions préalables.

Les pièces produites par l'assuré à l'appui de sa demande étaient partiellement caviardées.

16. Le 4 septembre 2020, la chambre de céans a invité l'assurance à limiter sa réponse, dans un premier temps, à la question du caractère illicite ou non du traitement des données médicales sensibles par l'assurance et les conséquences sur la validité de la résiliation. Le cas échéant, l'assurance était invitée à limiter son dossier à la production de toute pièce utile en relation avec cette question.
17. Par réponse du 9 octobre 2020, l'assurance a conclu à la licéité des documents obtenus par l'assurance, ainsi qu'à leur exploitabilité dans le cadre de la présente procédure. Pour le reste, elle a conclu à l'irrecevabilité de l'action en constatation, subsidiairement à son rejet, avec suite de frais et dépens. S'agissant de la recevabilité, elle s'en est rapportée à justice sur le point de savoir si Helsana assurances SA pouvait être actionnée, alors qu'elle ne gérait que l'assurance obligatoire des soins. Les questions en matière d'assurance-maladie complémentaire étaient du ressort de Helsana assurances complémentaires SA.

Les pièces produites par l'assurance à l'appui de sa réponse étaient partiellement caviardées.

18. Le 16 octobre 2020, la chambre de céans a transmis la réponse à l'assuré et informé les parties que la suite de la procédure était réservée.

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), 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).

Selon la police d'assurance, le contrat est régi par la LCA.

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 1^{er} 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 leur siège (art. 10 al. 1 let. 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. 31 des conditions générales d'assurance (ci-après : CGA) pour les assurances-maladies complémentaires, édition du 1^{er} janvier 2014, prévoit que pour toutes les actions au sujet du contrat d'assurance, sont compétents au choix soit les tribunaux du domicile suisse des personnes assurées et des ayants droit, soit ceux du siège de l'assureur.

Le demandeur ayant son domicile à Genève, la chambre de céans est *a priori* compétente à raison du lieu et de la matière pour connaître de la présente demande.

2. Il convient, à titre liminaire, de rectifier la désignation de la partie défenderesse. L'acte de recours désigne la défenderesse sous le nom de « Helsana Assurances SA ». Or, la police d'assurance a été établie par Helsana assurances complémentaires SA. Il ressort toutefois du dossier que les échanges de courriers, notamment le courrier de résiliation du 12 août 2019, ont eu lieu avec Helsana assurances SA. Dans ces conditions, il faut admettre que l'erreur du demandeur est aisément décelable et rectifiable tant pour la partie adverse, qui invite la chambre de céans à adresser toute future correspondance à Helsana assurances complémentaires SA, que pour le juge. Aussi faut-il admettre que la partie défenderesse dans la présente procédure est Helsana assurances complémentaires SA (sur la désignation inexacte de partie, cf. arrêt du Tribunal fédéral 4A_17/2016 du 29 juin 2016 consid. 2.2).

3. Pour le reste, la recevabilité de l'action en constatation de l'existence d'un contrat d'assurance, contestée par la défenderesse dans sa réponse du 9 octobre 2020, sans que les parties ne se soient encore déterminées sur ce point, sera examinée dans l'arrêt final.
4. Pour simplifier le procès, le tribunal peut notamment limiter la procédure à des questions ou des conclusions déterminées (art. 125 let. a CPC). Cette limitation peut porter sur une question qui n'a pas d'incidence sur l'existence de l'instance, comme par exemple la qualification d'un contrat, ce qui débouchera alors sur une décision qui ne sera ni finale ni incidente (Jacques HALDY, in Code de procédure civile, Commentaire romand, 2^{ème} éd., Bâle, 2019, n. 5 ad art. 125 CPC).

En l'occurrence, le demandeur a conclu à la limitation de la présente procédure à la question du caractère illicite ou non du traitement des données médicales sensibles par l'assurance. En tant qu'elle est destinée à simplifier la présente procédure, la chambre de céans fait droit à cette demande.

5. a. À teneur de l'art. 152 CPC, toute partie a droit à ce que le tribunal administre les moyens de preuve adéquats proposés régulièrement et en temps utile (al. 1). Le tribunal ne prend en considération que les moyens de preuve obtenus de manière illicite que si l'intérêt à la manifestation de la vérité est prépondérant (al. 2).

Contrairement à la preuve irrégulière, recueillie en violation d'une règle de procédure, la preuve illicite est obtenue en violation d'une norme de droit matériel, laquelle doit protéger le bien juridique lésé contre l'atteinte en cause (arrêt du Tribunal fédéral 4A_294/2013 du 11 décembre 2013 consid. 3.1). De nombreuses règles - pénales, civiles ou administratives - sont susceptibles de trouver application en matière de collecte de preuves (cf. Benoît CHAPPUIS, Les moyens de preuve collectés de façon illicite ou produit de façon irrégulière, in Le procès en responsabilité civile, WERRO/PICHONNAZ [éd.], 2011, p. 113 ss).

b. À teneur de l'art. 13 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101), toute personne a le droit d'être protégée contre l'emploi abusif des données qui la concernent.

L'art. 27 al. 2 du Code civil suisse du 10 décembre 1907 (CC - RS 210) prévoit que nul ne peut aliéner sa liberté, ni s'en interdire l'usage dans une mesure contraire aux lois ou aux mœurs.

Selon l'art. 4 de la loi fédérale sur la protection des données du 19 juin 1992 (LPD - RS 235.1), tout traitement de données doit être licite (al. 1). Leur traitement doit être effectué conformément aux principes de la bonne foi et de la proportionnalité (al. 2). Lorsque son consentement est requis pour justifier le traitement de données personnelles la concernant, la personne concernée ne consent valablement que si elle exprime sa volonté librement et après avoir été dûment informée (al. 5). Le consentement n'est pas soumis à des règles de forme particulières et peut être implicite ou ressortir d'actes concluants, sauf s'il s'agit de données sensibles ou de profils de la personnalité. Conformément au principe de la proportionnalité, on

considère aujourd'hui déjà que plus les données sont sensibles, plus le consentement doit être clair (Message relatif à la révision de la loi fédérale sur la protection des données du 19 février 2003 ; FF 2003 1915p. 1940).

On entend par données sensibles, les données personnelles sur la santé (art. 3 let. c ch. 2 LPD).

Selon l'art. 12 al. 1 LPD, quiconque traite des données personnelles ne doit pas porter une atteinte illicite à la personnalité des personnes concernées. Une atteinte à la personnalité est illicite à moins d'être justifiée par le consentement de la victime, par un intérêt prépondérant privé ou public, ou par la loi (art. 13 al. 1 LPD). Les intérêts prépondérants de la personne qui traite des données personnelles entrent notamment en considération si le traitement est en relation directe avec la conclusion ou l'exécution d'un contrat et les données traitées concernent le cocontractant (art. 13 al. 2 let. a LPD).

c. L'art. 3 LCA instaure un large devoir d'information de l'assureur (arrêt du Tribunal fédéral 4A_179/2007 du 12 septembre 2007 consid. 5.2) dont la violation est sanctionnée par le droit du preneur de résilier le contrat conformément à l'art. 3a LCA. L'assureur doit notamment renseigner le preneur sur le traitement de données personnelles, y compris le but et le genre de banque de données, ainsi que sur les destinataires et la conservation des données (art. 3 al. 1 let. g LCA). Ces renseignements sont à fournir au preneur d'assurance de sorte qu'il puisse en avoir connaissance lorsqu'il fait la proposition de contrat d'assurance ou qu'il l'accepte. Dans tous les cas, il doit être à ce moment-là en possession des conditions générales d'assurance et de l'information au sens de l'al. 1 let. g (art. 3 al. 2 LCA).

À teneur de l'art. 4 LCA, le proposant doit déclarer par écrit à l'assureur suivant un questionnaire ou en réponse à toutes autres questions écrites, tous les faits qui sont importants pour l'appréciation du risque, tels qu'ils lui sont ou doivent être connus lors de la conclusion du contrat (al. 1). Sont importants tous les faits de nature à influencer sur la détermination de l'assureur de conclure le contrat ou de le conclure aux conditions convenues (al. 2). Sont réputés importants les faits au sujet desquels l'assureur a posé par écrit des questions précises, non équivoques (al. 3).

Si celui qui avait l'obligation de déclarer a, lors de la conclusion du contrat, omis de déclarer ou inexactement déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître (réticence), et sur lequel il a été questionné par écrit, l'assureur est en droit de résilier le contrat ; il doit le faire par écrit. La résiliation prend effet lorsqu'elle parvient au preneur d'assurance (art. 6 al. 1 LCA).

L'art. 39 al. 1 LCA consacre l'obligation de collaborer de l'assuré en exigeant de lui qu'en cas de sinistre, il fournisse à l'assureur, sur demande « tout renseignement sur les faits à sa connaissance qui peuvent servir à déterminer les circonstances dans lesquelles le sinistre s'est produit ou à fixer les conséquences du sinistre ». Il peut être convenu par le biais des conditions générales d'assurance, que l'assuré doive remettre les informations requises dans un certain délai, sous peine d'être

déchu de son droit aux prestations. En pratique, l'assureur demande à l'assuré de délier les médecins du secret médical à son égard, afin qu'il puisse se renseigner directement auprès d'eux. Sur le fond, cette pratique présente l'avantage de permettre à l'assureur de s'adresser directement aux médecins pour obtenir les renseignements pertinents pour le traitement du litige en cours.

Selon la doctrine, cette pratique présente l'inconvénient majeur de donner pour ainsi dire carte blanche à l'assureur qui, bien souvent, libelle les procurations qu'il fait signer aux assurés en des termes très généraux (cf. Anne-Sylvie DUPONT, La protection des données confiées aux assureurs, in DUNAND/MAHON [éd.], La protection des données dans les relations de travail, 2017, p. 198). Dans le système de la loi sur la protection des données, le consentement de la personne concernée n'équivaut pas à un blanc-seing en faveur du collecteur de données. Ses démarches doivent respecter le principe de la bonne foi et de la proportionnalité, conformément à l'art. 4 al. 2 LPD et, en conséquence, se limiter au sinistre en cause et aux données pertinentes pour que l'assureur puisse se déterminer sur le droit aux prestations de l'assuré, respectivement du bénéficiaire (DUPONT, op.cit., p. 199). L'autorisation donnée par le patient ne doit pas être générale, mais toujours concerner une situation spécifique, le consentement à la transmission intégrale du dossier médical, en tout temps et à n'importe qui, étant jugé comme un engagement excessif (art. 27 al. 2 CC ; HERTIG, La protection des données personnelles médicales est-elle efficace ? Neuchâtel 2013, n. 604 et les références mentionnées).

D'après DUPONT, ces principes s'opposent à ce que l'assuré signe une clause de procuration au moment de la conclusion du contrat, par exemple dans le cadre d'un questionnaire de santé dont l'assureur se prévaudrait ensuite dans le cadre de sinistres concrets (DUPONT, op.cit., p. 199 ; cf. aussi Olivier GUILLOD, Le cadre juridique de la transmission de données personnelles aux assureurs, in : GUILLOD [éd.], Protection des données médicales et transparence... du patient ? 19^{ème} Journée de droit de la santé, Neuchâtel 2012, pp. 135-144, p. 138). Ce point de vue est cependant contesté par une partie de la doctrine (cf. Niggi ZITTEL, Datenschutz in der Privatversicherung, in Nicolas PASSADELIS / David ROSENTHAL / Hanspeter THÜR [éd.], Datenschutzrecht, Bâle, 2015, n. 12.17, p. 410 et la référence mentionnée ; cf. aussi Bruno BAERISWYL, in BAERISWYL / PÄRLI [éd.], Datenschutzgesetz, Berne, 2015, n. 73 ad art. 4 LPD et les références mentionnées à la note 48).

d. Selon l'art. 321 du Code pénal suisse du 21 décembre 1937 (CP – RS 311.0), les ecclésiastiques, avocats, défenseurs en justice, notaires, conseils en brevet, contrôleurs astreints au secret professionnel en vertu du Code des obligations, médecins, dentistes, chiropraticiens, pharmaciens, sages-femmes, psychologues, infirmiers, physiothérapeutes, ergothérapeutes, diététiciens, optométristes, ostéopathes, ainsi que leurs auxiliaires, qui auront révélé un secret à eux confié en vertu de leur profession ou dont ils avaient eu connaissance dans l'exercice de celle-ci, seront, sur plainte, punis d'une peine privative de liberté de trois ans au

plus ou d'une peine pécuniaire (al. 1). La révélation ne sera pas punissable si elle a été faite avec le consentement de l'intéressé ou si, sur la proposition du détenteur du secret, l'autorité supérieure ou l'autorité de surveillance l'a autorisée par écrit (al. 2).

Selon la doctrine, sur la base des art. 20 de la Loi fédérale complétant le Code civil suisse du 30 mars 1911 (CO – RS 220) et 27 CC, l'engagement de délier tous ses médecins du secret professionnel apparaît excessif et la clause devrait être interprétée de manière restrictive sans pour autant être frappée de nullité. Il s'agit en effet de trouver un compromis entre les intérêts du patient au respect de sa sphère privée et ceux de l'assureur à l'analyse des risques. Le médecin recevant une demande de renseignements de la part d'un assureur concernant l'état de santé d'un patient devrait s'enquérir auprès de l'assureur des informations nécessaires à ce dernier dans l'évaluation du risque et déterminer avec son patient l'étendue des renseignements à transmettre. Les informations transmises à l'assureur devront être limitées à ce qui lui est strictement nécessaire pour procéder à une évaluation des risques. Le médecin ne doit donc pas transmettre l'entier du dossier médical de son patient (Benoît CHAPPUIS, in MACALUSO / MOREILLON / QUELOZ (éd.), Code pénal II, Commentaire romand, Bâle, 2017, n. 96 ad art. 321 CP et les références mentionnées).

6. En l'occurrence, point n'est besoin de trancher la controverse doctrinale sur la possibilité pour l'assurance de se prévaloir d'une clause de procuration générale, signée au moment de la conclusion du contrat d'assurance, pour obtenir des renseignements pertinents dans le cadre de sinistres concrets. Il suffit de constater en l'occurrence que l'autorisation donnée par le demandeur concerne uniquement les renseignements nécessaires en relation avec l'assurance souhaitée, pour l'évaluation du risque et pour la vérification de la réticence, ainsi que cela ressort de la déclaration de santé signée par l'intéressé. Il ne s'agit donc pas d'une procuration générale mais d'une procuration limitée par son affectation à un usage bien défini. L'autorisation du demandeur ne porte en effet que sur des situations spécifiques en lien avec les réponses qu'il a apposées sur le questionnaire de santé. En cela, la procuration ne peut pas être utilisée à n'importe quelle fin mais constitue un instrument limité à ce qui est nécessaire pour examiner les circonstances déterminantes pour l'évaluation du risque assuré et la détermination d'un cas de réticence. Le demandeur a d'ailleurs dûment été informé par le conseiller de la défenderesse de l'utilisation de ses données par l'assureur, en signant le document intitulé « Information selon l'art. 45 LSA ». Il convient donc de retenir que le demandeur a valablement consenti au traitement de ses données au sens de l'art. 4 al. 5 LPD (cf. aussi art. 321 al. 2 CP).

La chambre de céans relève au demeurant que l'assurance n'a pas cherché à se procurer l'intégralité du dossier médical du demandeur. Elle a uniquement sollicité du demandeur les extraits des prestations versées au titre de l'assurance de base et des assurances complémentaires durant les cinq dernières années (cf. courrier de la

défenderesse au demandeur du 21 mai 2019) et posé des questions à son médecin traitant, en particulier sur les raisons des examens/consultations des 16 août 2017 et 31 octobre 2017 (cf. courrier de la défenderesse à la Dresse C_____ du 20 juin 2019). En cela, l'assurance cherchait à déterminer si l'absence de mention, dans le questionnaire de santé rempli par le demandeur, des séances de psychothérapie constituait un cas de réticence. En sollicitant des informations pertinentes dans le cadre d'un traitement déterminé, quelques mois après le début de la couverture d'assurance (1^{er} janvier 2019) et après avoir reçu les factures litigieuses, l'assurance a respecté les principes de la bonne foi et de la proportionnalité ancrés à l'art. 4 al. 2 LPD (cf. arrêt du Tribunal fédéral 5C.296/2005 du 4 mai 2006 consid. 2.2.1). Contrairement à ce que soutient le demandeur, l'engagement ne saurait être considéré comme excessif du seul fait qu'il n'est pas limité dans le temps.

En tout état, même à considérer que le traitement des données porte atteinte à la personnalité du demandeur, pareille atteinte serait justifiée par un intérêt prépondérant privé. En effet, d'après l'art. 13 al. 2 let. a LPD, les intérêts prépondérants de la personne qui traite les données personnelles entrent notamment en considération si le traitement est en relation directe avec la conclusion ou l'exécution d'un contrat et les données traitées concernent le cocontractant. En l'occurrence, le traitement des données du demandeur porte sur une situation spécifique, soit le remboursement des séances de psychothérapie. Or il s'agit là d'une prestation visée par le contrat d'assurance complémentaire conclu entre les parties. Les données traitées concernent au demeurant le cocontractant, soit le demandeur dans la présente procédure. À supposer qu'elle existe, l'atteinte à la personnalité serait ainsi en tout état justifiée, et partant licite.

Il s'ensuit que, contrairement à ce que soutient le recourant, le traitement des données médicales sensibles par l'assurance n'a pas porté une atteinte illicite à la personnalité du demandeur. Les données médicales concernant le demandeur ne sont partant pas illicites au sens de l'art. 152 al. 2 CPC, de sorte que la chambre de céans peut les prendre en considération dans le cadre de la présente procédure.

7. La question des frais du présent arrêt partiel sera tranchée avec l'arrêt final (art. 104 al. 1 CPC).

* * * * *

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant en application de l'art. 125 let. a CPC

1. Dit que le traitement des données médicales sensibles par l'assurance n'a pas porté une atteinte illicite à la personnalité du demandeur.
2. Impartit au demandeur un délai au 15 décembre 2020 pour se prononcer sur le fond du litige.
3. Dit que la fixation des frais et dépens relatifs au présent arrêt et leur répartition est renvoyée à l'arrêt final.
4. Réserve la suite de la procédure.
5. 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), sans égard à sa valeur litigieuse (art. 74 al. 2 let. b 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 greffière

La présidente

Marie NIERMARÉCHAL

Eleanor McGREGOR

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