

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3179/2025

ATAS/444/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 13 mai 2026

Chambre 4

En la cause

A_____ ASSURANCES SA

demanderesse

représenté par Mes Filip BANIC et Radivoje STAMENKOVIC,
avocats

contre

Clinique B_____

défenderesse

et

CONSEIL D'ÉTAT, soit pour lui le Département de la santé et des
mobilités.

dénoncé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, présidente ; Larissa ROBINSON-MOSER et
Antonio Massimo DI TULLIO, juges assesseurs.**

EN FAIT

A. a. La société anonyme CLINIQUE B_____ (ci-après : la clinique ou la défenderesse) a été autorisée à exploiter un établissement médical à l'enseigne CLINIQUE B_____ SA par arrêté du 27 mai 1998 du Conseil d'État du canton de Genève, puis par arrêté du 17 mars 2016 du Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé, devenu depuis le Département de la santé et des mobilités (ci-après le département).

b. Un arrêté du Conseil d'État du 23 novembre 2011 a admis la clinique à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins en fonction de son mandat de prestations pour certains pôles d'activités, le nombre annuel maximal de cas étant fixé par le mandat des prestations dans chaque pôle d'activité.

Les pôles d'activité de la clinique ont été complétés par arrêté du Conseil d'État du 10 avril 2013.

Des mandats de prestations ont été octroyés à la clinique sur cette base, stipulant une prise en charge par le canton de Genève à hauteur de 55% pour le nombre de cas qui y était prévu, le mandat de 2014 prévoyant un nombre de cas variable dans les pôles d'activités secondaires.

c. De 2013 à 2019, la clinique a conclu avec A_____ ASSURANCES SA (ci-après : A_____ ou la demanderesse) plusieurs conventions successives relatives à l'hospitalisation privée et semi-privée des assurés bénéficiant d'assurances complémentaires à l'assurance obligatoire des soins.

d. Par arrêté du 24 juin 2015, le Conseil d'État a établi la liste des hôpitaux admis à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins dans le canton de Genève en fonction de leurs mandats de prestations dès le 1^{er} janvier 2015, parmi lesquels figurait la clinique. Il était précisé que le nombre annuel de cas ou de journées d'hospitalisation était fixé par chaque mandat de prestations.

Cet arrêté a fait l'objet de deux avenants des 7 février et 25 avril 2018, lesquels n'ont pas eu d'incidence sur la situation de la clinique.

e. La société anonyme C_____(ci-après : C_____) a interjeté recours contre l'arrêté du Conseil d'État du 24 juin 2015 auprès du Tribunal administratif fédéral, concluant principalement à ce que le mandat de prestations qui lui était confié par cet arrêté soit annulé et à ce que le Conseil d'État soit condamné à lui confier un mandat de prestations sans limitation quantitative dès le 1^{er} janvier 2015, subsidiairement à des conditions différentes.

f. Le canton de Genève a derechef octroyé des mandats de prestations à la clinique pour les années 2015 à 2019, lesquels fixaient les nombres de cas annuels pour lesquels il participait à hauteur de 55%, ainsi qu'une rémunération globale maximale.

g. De 2013 à 2019, la clinique a pris en charge des patients alors que les quotas de cas attribués par les mandats de prestations étaient épuisés. Dans ces cas, A_____ a versé à la clinique le montant correspondant à la part cantonale de 55% pour les patients bénéficiant auprès d'elle d'une couverture d'assurance complémentaire.

h. Par arrêt du 16 janvier 2019 (C-5017/2015), le Tribunal administratif fédéral a admis le recours interjeté par C_____, annulé l'arrêt du Conseil d'État du 24 juin 2015 et renvoyé la cause à l'autorité inférieure pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

i. Le 14 janvier 2020, A_____ a fait établir à l'encontre de la clinique un commandement de payer dans la poursuite n° 1_____ portant sur une créance de CHF 2'822'864.70, qui lui a été notifié le 22 janvier 2020. Celle-ci a formé opposition totale le 27 janvier 2020.

j. Le 22 janvier 2021, A_____ a fait notifier à la clinique un commandement de payer dans la poursuite n° 2_____ portant sur une créance de CHF 3'184'171.20, qui lui a été notifié le 28 janvier 2021. Celle-ci a formé opposition totale le 1^{er} février 2021.

B. a. Par demande interjetée devant le Tribunal de première instance du canton de Genève (ci-après : TPI) le 1^{er} décembre 2021, A_____ a conclu à ce que la clinique soit condamnée à lui payer la somme de CHF 3'174'234.40 avec intérêts à 5% l'an depuis le 30 juin 2015 et à la mainlevée définitive de l'opposition formée contre le commandement de payer du 22 janvier 2021 dans la poursuite n° 2_____ à concurrence de ce montant.

b. Par jugement du 18 juillet 2022 (JTPI/8735/2022), le TPI s'est déclaré incompétent *ratione materiae* pour connaître de la demande en paiement de A_____, qu'il a en conséquence déclarée irrecevable.

c. Saisie d'un appel de A_____ à l'encontre de ce jugement, la chambre civile de la Cour de céans l'a confirmé par arrêt du 10 octobre 2023 (ACJC/1350/2023).

d. A_____ a déféré cet arrêt au Tribunal fédéral, qui a confirmé l'incompétence à raison de la matière du TPI et dit que sa demande relevait de la compétence de la chambre de céans, et qui a rejeté le recours dans la mesure de sa recevabilité dans son arrêt 4A_577/2023 du 22 novembre 2024.

C. a. Par demande introduite le 17 septembre 2025 devant la chambre de céans, A_____ a conclu, sous suite de dépens, à ce que la clinique soit condamnée au versement de CHF 3'174'234.40 avec intérêts à 5% l'an depuis le 30 juin 2015 et à la mainlevée définitive de l'opposition formée contre le commandement de payer n° 2_____ du 22 janvier 2021 à concurrence de ce montant.

La demanderesse a exposé que la limitation des domaines d'activités et des cas résultant de la planification hospitalière genevoise avait eu pour conséquence que le canton de Genève ne s'était pas acquitté de la part cantonale de 55%. En dehors

des cas couverts par les mandats de prestations, l'assurance obligatoire des soins versait 45% des frais seulement, et l'hôpital facturait un complément à l'assurance complémentaire. Or, l'arrêté du 24 juin 2015 consacrant la planification hospitalière avait été annulé par l'arrêt du Tribunal administratif fédéral du 16 janvier 2019, dont les effets ne se limitaient pas à C_____, mais s'appliquaient à tous les établissements hospitaliers inscrits sur la liste cantonale genevoise. Les limites fixées par l'arrêté n'étant pas valables, les cas qui dépassaient ces limites devaient être couverts par l'assurance obligatoire des soins. La demanderesse a allégué qu'à la suite de cet arrêt, le canton de Genève s'était acquitté de tout ou partie de sa quote-part auprès de C_____, et celle-ci avait remboursé à la demanderesse une partie des montants versés. De 2013 à 2019, le canton de Genève aurait dû prendre en charge sa quote-part, en lieu et place de la demanderesse, pour toutes les interventions pratiquées au sein de la défenderesse. C'était à tort que celle-ci avait perçu de la demanderesse les montants équivalant à la quote-part cantonale pour ses assurés bénéficiant à la fois d'une assurance obligatoire des soins et d'une couverture complémentaire. La demanderesse a allégué qu'il n'était pas exclu, voire hautement vraisemblable, que la défenderesse ait également perçu du canton de Genève tout ou partie des quotes-parts cantonales pour les interventions relevant de l'assurance obligatoire des soins pratiquées en son sein à la suite de l'arrêt du Tribunal administratif fédéral. La demanderesse a requis sur ce point l'édition par la défenderesse des pièces comptables en lien avec les montants perçus du canton de Genève au titre de la quote-part cantonale pour les années 2013 à 2019. De 2013 à 2019, la demanderesse s'était acquittée de factures adressées par la défenderesse comprenant la quote-part cantonale à hauteur de CHF 278'869.93 en 2013, CHF 354'162.36 en 2014, CHF 459'062.96 en 2015, CHF 530'659.36 en 2016, CHF 495'017.07 en 2017, CHF 569'613.81 en 2018, et CHF 486'848.91 en 2019, ce qui représentait un montant total de CHF 3'174'234.40 qui devait lui être restitué par la défenderesse. Elle a allégué les détails des différentes factures, qu'elle a produites, et a requis une expertise sur le montant à restituer.

b. Dans sa réponse du 22 octobre 2024, la défenderesse a conclu, sous suite de dépens, préalablement à ce que la procédure soit limitée au principe de la restitution à la demanderesse des parts cantonales que celle-ci lui avait versées entre 2013 et 2019 pour ses assurés au bénéfice d'assurances complémentaires dont les cas se situaient au-delà des quotas prévus dans les mandats de prestations ; et principalement au rejet de la demande. La défenderesse a demandé la dénonciation d'instance au Conseil d'État. En effet, si elle devait succomber et être condamnée par la chambre de céans à payer les parts cantonales litigieuses à la demanderesse, elle pourrait faire valoir des prétentions contre l'État de Genève et lui réclamer le paiement des parts cantonales qu'elle devrait restituer à la demanderesse en application de l'arrêt de la chambre de céans.

La défenderesse a soutenu que lorsqu'un hôpital disposait d'un mandat de prestations du canton, celui-ci n'avait aucune obligation de payer la part cantonale de 55% du forfait applicable lorsque le cas du patient n'était pas couvert par le mandat. L'hôpital facturait un complément à l'assurance-maladie complémentaire d'hospitalisation lorsque le patient avait bénéficié de prestations supplémentaires (*Mehrleistungen*) à celles de l'assurance obligatoire des soins – de telles prestations relevant par exemple de l'hébergement, du libre-choix du médecin et du paiement de la part cantonale de la rémunération de l'hôpital – et qu'il disposait d'une couverture d'assurance complémentaire pour ces prestations. La défenderesse a admis avoir traité un certain nombre de cas au-delà des limitations prévues par son mandat de prestations, dans la mesure où l'assureur complémentaire ou le patient lui-même couvrait le montant de la quote-part non prise en charge par le canton de Genève. La demanderesse avait uniquement versé à la défenderesse les montants correspondant à la part cantonale pour ses assurés dont la police d'assurance-maladie complémentaire d'hospitalisation couvrait cette prestation.

La défenderesse a en substance soutenu que l'arrêté du Conseil d'État du 24 juin 2015 n'était pas en lui-même sujet à recours, mais que seules les décisions individuelles qu'il contenait – soit les mandats de prestations – l'étaient. La défenderesse n'avait pas recouru contre la décision liée à l'arrêté du Conseil d'État du 24 juin 2015 la concernant. Celle-ci était entrée en force et avait déployé tous ses effets, de sorte que le canton de Genève n'avait aucune obligation de prendre en charge la part cantonale afférente aux cas qui sortaient des quotas indiqués dans les mandats de prestations. Le recours interjeté auprès du Tribunal administratif fédéral portait uniquement sur la décision touchant C_____, qui n'avait pas recouru contre la planification cantonale genevoise dans son ensemble. L'arrêt du Tribunal administratif fédéral avait uniquement annulé la liste hospitalière en tant qu'elle réglait la situation de C_____, mais pas à l'encontre des autres hôpitaux et cliniques figurant dans la liste. Cette instance n'avait pas constaté la nullité *ab ovo* de cette liste, et son arrêt n'avait ainsi pas changé la situation juridique de la défenderesse. Celle-ci a contesté avoir perçu des montants du canton pour la période 2013 à 2019 après sa reddition.

La demande du 17 septembre 2025 n'énonçait pas le fondement légal de la prétention en restitution des parts cantonales payées à la défenderesse. Devant la chambre civile, la demanderesse avait invoqué les règles concernant l'enrichissement illégitime, comme cela ressortait de l'extrait de son appel, que la défenderesse avait produit. Dans sa demande devant la chambre de céans, la demanderesse soutenait qu'elle avait payé ces quotes-parts sans cause valable, au motif que le canton de Genève devait les verser en application de l'arrêt du Tribunal administratif fédéral. Les parts cantonales litigieuses avaient été versées à la défenderesse par la demanderesse en vertu des conventions qu'elles avaient conclues et des contrats d'assurance complémentaire d'hospitalisation, soit en

vertu d'une cause parfaitement valable, ce qui excluait tout enrichissement illégitime. La défenderesse a soutenu que les montants allégués par la demanderesse au titre de la part de l'assurance obligatoire des soins facturée à l'assureur-maladie et déduite des factures de la défenderesse semblaient systématiquement supérieurs de quelques francs aux montants figurant sur les factures produites. Elle a relevé qu'une des factures produites à l'appui des faits exposés par la demanderesse concernant la prise en charge du cas d'une patiente concernait une autre personne, et a contesté que les factures alléguées aient été indûment payées par la demanderesse. La défenderesse a en outre soulevé l'exception de prescription. Les commandements de payer que la demanderesse lui avait fait notifier en janvier 2020 et janvier 2021 avaient chacun fait courir un délai de prescription de trois ans, courant pour le second jusqu'au 28 janvier 2024. La saisine du TPI n'avait pas interrompu la prescription au vu de l'incompétence de cette instance.

c. Par ordonnance du 1^{er} décembre 2025, la chambre de céans a dénoncé l'instance au Conseil d'État, soit pour lui le département.

d. Par écriture du 5 janvier 2026, le Conseil d'État a annoncé à la chambre de céans qu'il interviendrait en faveur de la défenderesse et a sollicité un délai pour se déterminer sur le fond.

Le 9 février suivant, le Conseil d'État s'est déterminé sur le fond. Il a conclu, sous suite de dépens, à ce que la demanderesse soit déboutée de toutes ses conclusions. Il a notamment contesté l'allégation de celle-ci, selon laquelle il aurait versé des quotes-parts arriérées pour la période 2013 à 2019 à la défenderesse à la suite de l'arrêt rendu par le Tribunal administratif fédéral. Il a pour le surplus invoqué un arrêt (ATA/968/2024) du 20 août 2024 de la chambre administrative de la Cour de céans, dans lequel celle-ci avait rejeté le recours d'un assureur complémentaire à l'encontre d'une décision du département déclarant irrecevable la demande de remboursement de quotes-parts non prises en charge par le canton de Genève de 2016 à 2020. Le dénoncé a précisé que cet arrêt avait été confirmé par le Tribunal fédéral dans l'arrêt 9C_543/2024 du 19 novembre 2025.

e. La chambre de céans ayant annoncé aux parties qu'elle entendait trancher le litige sans audience sauf demande contraire de leur part, la demanderesse a sollicité un délai pour le dépôt de déterminations, qu'elle a adressées à la chambre de céans le 2 avril 2026.

Dans cette écriture, la demanderesse a soutenu que les arrêts dont se prévalait le dénoncé concernaient une action dirigée contre le canton de Genève, alors que le présent litige opposait la demanderesse à une clinique. Ces arrêts n'étaient ainsi pas pertinents, en l'absence d'identité « de cause juridique » et de parties. Il y avait lieu de distinguer la question du droit d'un assureur au remboursement par le canton de Genève de celle de savoir si une clinique pouvait transférer à cet assureur la quote-part cantonale d'un forfait d'assurance obligatoire des soins et la

conserver (*sic*). C'était cette seconde question qui constituait l'objet du présent litige. De plus, la quote-part cantonale ne représentait pas une prestation complémentaire autonome, et les conventions invoquées ne fournissaient pas de cause valable à sa prise en charge. La défenderesse a invoqué l'illicéité matérielle des quotas institués par la liste hospitalière, en raison desquels les montants litigieux avaient été réclamés aux mauvais débiteurs. La prescription n'était en outre pas acquise, les prétentions de la demanderesse étant de nature contractuelle.

f. La chambre de céans a transmis ces écritures aux parties le 13 avril 2026.

g. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La compétence de la chambre de céans en tant qu'instance cantonale unique au sens de l'art. 7 du code de procédure civile du 19 décembre 2008 (CPC - RS 272) a été établie par le Tribunal fédéral dans son arrêt du 22 novembre 2024, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir.
2. Selon l'art. 198 let. f CPC, la procédure de conciliation n'a pas lieu dans les litiges relatifs aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie pour lesquels un tribunal statue en tant qu'instance cantonale unique, comme c'est le cas dans le canton de Genève en application de l'art. 7 CPC.

Cette disposition, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2025, s'applique aux litiges en cours à cette date, conformément à l'art. 407f CPC.

3. Au plan procédural, on rappellera que l'art. 245 CPC prévoit en principe la tenue de débats principaux (*cf.* ATF 140 III 450 consid. 3). Cela étant, les parties peuvent d'un commun accord renoncer aux débats principaux (art. 233 CPC par renvoi de l'art. 219 CPC). Une renonciation par actes concluants aux débats principaux doit être admise si les parties, représentées par des mandataires professionnels ou des collaborateurs de leur service juridique, ne requièrent pas expressément la tenue d'une audience de débats, après que la cour cantonale a recueilli les dernières observations des plaideurs (arrêts du Tribunal fédéral 4A_318/2016 du 3 août 2016 consid. 2.1 et 4A_627/2015 du 9 juin 2016 consid. 2.3).

En l'espèce, les parties n'ont pas sollicité d'audience et la chambre de céans a fait droit à la requête de la demanderesse tendant au dépôt de déterminations.

4. S'agissant de l'objet du litige, il sied de rappeler ce qui suit.

4.1 La demande – dont les conclusions délimitent le litige conformément au principe de disposition ancré à l'art. 58 CPC – porte sur le droit de la demanderesse à obtenir la restitution par la défenderesse des montants correspondant aux quotes-parts cantonales qu'elle lui a versés pour les cas de

patients excédant les quotas fixés par les mandats de prestations confiés à celle-ci de 2013 à 2019, soit un montant de CHF 3'174'234.40.

La défenderesse a conclu préalablement à la limitation de la présente procédure au principe de la restitution.

L'art. 125 let. a CPC prévoit que pour simplifier le procès, le tribunal peut notamment limiter la procédure à des questions ou des conclusions déterminées. La limitation de la procédure se fait dans la perspective de régler séparément certaines des prétentions en cause, par une décision partielle, ou de régler séparément certaines questions de fait ou de droit par une décision incidente selon l'art. 237 CPC – dont l'alinéa premier prévoit que le tribunal peut rendre une décision incidente lorsque l'instance de recours pourrait prendre une décision contraire qui mettrait fin au procès et permettrait de réaliser une économie de temps ou de frais appréciable. Le juge instructeur a ainsi la faculté de limiter la procédure. Même si les parties l'en requièrent et sous réserve d'un abus de son pouvoir d'appréciation, il n'en a aucunement l'obligation. L'art. 125 CPC n'exclut pas que le tribunal rende une décision partielle, relative à certaines prétentions, ou incidente, relative à certaines questions de fait ou de droit, alors même que la procédure n'a pas été préalablement ni formellement limitée. L'art. 133 let. e CPC n'impose pas non plus d'annoncer l'éventualité d'une décision partielle ou incidente dans la citation aux débats (arrêt du Tribunal fédéral 4A_142/2014 du 2 octobre 2014 consid. 2).

La chambre de céans observe que dans le cas d'espèce, la négation d'un droit à la restitution dans son principe conduirait au rejet de la demande dans son intégralité. Il n'est ainsi pas question dans une telle hypothèse d'une limitation de la procédure, au sens où seule une question préjudicielle ou une partie des prétentions serait examinée. Elle renoncera ainsi à limiter formellement la procédure à ce point.

4.2 Le Conseil d'État ayant donné suite à la dénonciation d'instance, il convient en outre de souligner que son intervention n'a pas d'incidence sur l'objet du litige, qui porte uniquement sur l'obligation de la défenderesse de restituer les montants correspondant aux parts cantonales qu'il n'a pas versées et qui ont été prises en charge par la demanderesse. L'éventuelle admission des conclusions de la demande ne saurait ainsi conduire la chambre de céans à condamner le dénoncé à la restitution de ces montants en lieu et place de la défenderesse – ce à quoi celle-ci ne conclut du reste pas.

En effet, lorsque le dénoncé donne suite à la dénonciation (art. 79 al. 1 CPC), il peut uniquement intervenir sans autre condition en faveur de la partie qui a dénoncé l'instance (let. a), ou procéder à la place de la partie dénonçante si celle-ci y consent (let. b). L'intervention au sens de l'art. 79 al. 1 let. a CPC confère au dénoncé la qualité d'intervenant accessoire au sens de l'art. 76 CPC (Fabienne HOHL, Procédure civile Tome I, Introduction et théorie générale,

2^e éd., 2016, p. 174, n. 1048). Lorsqu'il décide d'intervenir aux côtés du dénonçant, il peut accomplir tous les actes de procédure compatibles avec l'état du procès qui sont utiles à la partie principale dont il soutient la cause. Il peut notamment faire valoir tous les moyens d'attaque et de défense ainsi qu'interjeter recours (art. 76 al. 1 CPC). L'intervention accessoire consiste ainsi à soutenir les prétentions de l'une des parties en cause afin de l'aider à obtenir gain de cause et d'éviter de devoir subir ultérieurement les conséquences négatives du procès principal (arrêt du Tribunal fédéral 5A_725/2016 du 6 mars 2017 consid. 5.2). Le jugement tranchant les prétentions des parties principales n'a ainsi pas un effet direct à l'encontre de l'intervenant accessoire et ne peut pas non plus être exécuté à son encontre. Il déploie néanmoins un effet contraignant par réflexe (*Bindungswirkung kraft Reflexes*), en ce sens que dans un procès subséquent entre l'intervenant accessoire et la partie qu'il a soutenue au procès, celui-ci pourra se voir opposer l'issue défavorable de la procédure dans laquelle il est intervenu, sauf si les conditions prévues à l'art. 77 let. a et b CPC – applicable par renvoi de l'art. 80 CPC – sont réalisées (*exceptio male gesti processus*) (ATF 142 III 629 consid. 2.1).

5. La procédure simplifiée s'applique aux litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal (art. 243 al. 2 let. f CPC).

Il s'agit d'un cas où une disposition spéciale instaure la maxime inquisitoire, en lieu et place de la maxime des débats (ATF 138 III 625 consid. 2.1). Il ne s'agit pas d'une maxime officielle absolue, mais d'une maxime inquisitoire sociale (arrêt du Tribunal fédéral 9C_541/2010 du 16 juillet 2010 consid. 1). Dans un tel cas, l'art. 247 CPC prévoit que le tribunal amène les parties, par des questions appropriées, à compléter les allégations insuffisantes et à désigner les moyens de preuve (al. 1). Le tribunal établit les faits d'office dans les affaires visées à l'art. 243 al. 2 (al. 2 let. a). L'art. 247 al. 1 CPC atténue le principe prévu à l'art. 55 al. 1 CPC, selon lequel les parties allèguent les faits sur lesquels elles fondent leurs prétentions et produisent les preuves qui s'y rapportent.

Quand bien même la procédure simplifiée connaît des allègements formels, elle ne dispense pas les parties du devoir d'alléguer les faits (arrêt du Tribunal fédéral 4D_57/2013 du 2 décembre 2013 consid. 3.2 et 3.3), pas plus qu'elle ne les dispense de collaborer à leur établissement et de désigner les preuves à administrer. Le juge ne doit s'assurer du caractère complet des allégations et des moyens de preuve que s'il existe des doutes sérieux sur ce point (arrêt du Tribunal fédéral 4A_491/2014 du 30 mars 2015 consid. 2.6.1). Le fardeau de l'allégation suit le fardeau de la preuve (ATF 132 III 186 consid. 4). Une allégation de fait ne doit pas contenir tous les détails. L'obligation d'alléguer est remplie lorsque les parties évoquent dans leurs contours essentiels et d'une manière conforme aux usages les faits tombant sous le coup des dispositions déterminantes (ATF 136 III 322 consid. 3.4.2). Doivent être allégués les faits pertinents,

c'est-à-dire les éléments concrets correspondant aux faits constitutifs de la règle de droit matériel (c'est-à-dire les « conditions » du droit) applicable dans le cas particulier (arrêt du Tribunal fédéral 4A_191/2023 du 13 février 2024 consid. 4.1.2). Un exposé complet des faits est réputé concluant. En effet, dans l'hypothèse de sa véracité, il entraîne la conséquence juridique à laquelle conclut la partie (arrêt du Tribunal fédéral 4A_478/2024 du 4 décembre 2024 consid. 4.1.2). Il importe peu que les faits aient été allégués par le demandeur ou par le défendeur, puisqu'il suffit qu'ils fassent partie du cadre du procès pour que le juge puisse en tenir compte (ATF 143 III 1 consid. 4.1; arrêt du Tribunal fédéral 4A_274/2024 du 20 août 2024 consid. 3.1.1). Il faut en outre souligner que le juge peut présupposer qu'un avocat dispose des connaissances nécessaires pour conduire le procès et émettre des allégations et offres de preuve complètes, si bien qu'il est appelé à faire preuve de retenue dans l'application de la maxime inquisitoire sociale à l'égard d'une partie qui agit par l'entremise d'un tel représentant (arrêt du Tribunal fédéral 4A_482/2024 du 12 août 2025 consid. 3.4.4.1). En vertu de la maxime inquisitoire sociale, il n'est toutefois pas interdit au juge de fonder sa décision sur des faits qui n'ont pas été allégués mais qui sont parvenus à sa connaissance au cours de la procédure, qui ressortent par exemple des moyens de preuve offerts (arrêt du Tribunal fédéral 4A_388/2021 du 14 décembre 2021 consid. 5.1).

6. L'art. 117 al. 1 de la Constitution fédérale suisse (Cst. – RS 101) confère à la Confédération la compétence de légiférer notamment sur l'assurance-maladie.

6.1 L'art. 39 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10) dispose que les établissements et celles de leurs divisions qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation (hôpitaux) sont admis notamment s'ils correspondent à la planification établie par un canton ou, conjointement, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers, les organismes privés devant être pris en considération de manière adéquate et figurent sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats (al. 1 let. d et e). Les cantons coordonnent leurs planifications (al. 2). Dans le domaine de la médecine hautement spécialisée, les cantons sont tenus d'établir conjointement une planification pour l'ensemble de la Suisse. Si les cantons n'effectuent pas cette tâche à temps, le Conseil fédéral détermine quels hôpitaux figurent pour quelles prestations sur les listes cantonales (al. 2^{bis}). Le Conseil fédéral édicte des critères de planification uniformes en prenant en considération la qualité et le caractère économique. Il consulte au préalable les cantons, les fournisseurs de prestations et les assureurs (al. 2^{ter}).

Selon l'art. 58e de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102) dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2021, les cantons inscrivent sur leur liste visée à l'art. 39 al. 1 let. e de la loi, les établissements cantonaux et extra-cantonaux nécessaires pour garantir l'offre déterminée

conformément à l'art. 58b al. 3 (al. 1). Les listes mentionnent pour chaque hôpital l'éventail de prestations correspondant au mandat de prestations (al. 2). Les cantons attribuent à chaque établissement sur leur liste un mandat de prestations au sens de l'art. 39 al. 1 let. e de la loi. Celui-ci peut contenir notamment l'obligation de disposer d'un service d'urgence (al. 3). Depuis le 1^{er} janvier 2022, cette disposition est ancrée, avec certaines modifications, à l'art. 58f OAMal (cf. rapport explicatif de l'OFSP sur la modification du 23 juin 2021 de l'OAMal [mise en œuvre de la modification du 19 juin 2020 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie concernant l'admission des fournisseurs de prestations et le développement des critères de planification hospitalière] qui peut être consulté sur le site de l'Office fédéral de la santé publique : Assurance-maladie : Projets législatifs terminés).

6.2 Les art. 39 LAMal et 58ss OAMal forment la réglementation-cadre que la Confédération s'est contentée d'adopter en matière de planification hospitalière, en fixant certains objectifs et principes obligatoires tout en laissant aux cantons le soin et la compétence de les concrétiser. Dans ces limites, cette planification demeure du ressort des cantons (ATF 140 I 218 consid. 5.6 et 5.6.3). Dans ce domaine et en matière de liste hospitalière, le canton dispose d'un important pouvoir d'appréciation (arrêt du Tribunal administratif fédéral C 3301/2014 du 11 mai 2017 consid. 1.5). L'inclusion d'un hôpital dans la liste hospitalière relève en premier lieu d'une décision politique (ATF 132 V 6 consid. 2.4.1). La liste hospitalière doit néanmoins se fonder sur une planification hospitalière conforme aux normes fédérales (arrêt du Tribunal administratif fédéral C-1966/2014 du 23 novembre 2015 consid. 4.2). Le but de la planification hospitalière est en première ligne de garantir l'accès aux soins médicaux adaptés aux besoins de la population du canton, ainsi que la coordination de la fourniture des prestations et une stabilisation des coûts au moyen d'une optimisation de l'utilisation des ressources par une concurrence entre hôpitaux (Gebhard EUGSTER, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG*, 2^e éd. 2018, n. 10 ad art. 39 LAMal).

6.3 Seuls les hôpitaux figurant sur la liste hospitalière sont admis à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins, à l'exception des hôpitaux conventionnés au sens de l'art. 49a al. 4 LAMal. Les caisses-maladies sont tenues à prestation pour les traitements stationnaires lorsque l'assuré est traité dans un hôpital figurant sur la liste (EUGSTER, *Krankenversicherung in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR]*, Bd. XIV, *Soziale Sicherheit*, 3^e éd. 2016, nn. 831 et 840). Le Tribunal fédéral s'est déjà prononcé sur la possibilité pour un canton de fixer le volume de prestations maximal dans le cadre de mandats de prestations attribués aux établissements hospitaliers qui figurent sur la liste cantonale au sens de l'art. 39 al. 1 let. e LAMal. Il a jugé que la planification cantonale prévoyant une limitation du volume des prestations par l'octroi de mandats de prestations fixant un nombre maximum de cas par année pour

l'établissement hospitalier concerné ne contrevient pas au droit fédéral (ATF 138 II 398 consid. 3 admettant la conformité au droit fédéral de la planification tessinoise limitant le volume maximal de prestations).

6.4 Selon l'art. 53 al. 1 LAMal, les décisions des gouvernements cantonaux visées notamment à l'art. 39 de la loi peuvent faire l'objet d'un recours au Tribunal administratif fédéral.

La nature juridique d'une liste hospitalière n'est pas évidente (Bernhard RÜTSCHKE / Dario ICECCHI in *Basler Kommentar zum KVG/KVAG*, 2020, n. 58 ad art. 39 LAMal). Le Tribunal administratif fédéral la décrit comme un institut juridique *sui generis* au vu de sa fonction de publicité et de transparence, mais retient s'agissant de l'objet de la contestation qu'elle constitue un bouquet de décisions individuelles (arrêt du Tribunal administratif fédéral C-5631/2017 du 20 août 2019 consid. 3.1). Selon la jurisprudence constante du Tribunal administratif fédéral, l'objet d'un recours concernant une liste hospitalière au sens de l'art. 39 LAMal est ainsi uniquement la décision réglant la situation juridique d'un hôpital. Les décisions d'une liste hospitalière non attaquées acquièrent force de chose décidée (parmi plusieurs, cf. arrêts du Tribunal administratif fédéral C-224/2020 du 30 avril 2024 consid. 5.2 et C-5629/2017 du 16 mai 2018 consid. 2.2). Les hôpitaux qui contestent les obligations contenues dans le mandat de prestations ou les conditions doivent recourir à l'encontre de ce mandat. Si un hôpital n'obtient pas de tel mandat, un éventuel recours doit être dirigé contre le rejet de la demande tendant à l'obtention d'un mandat (RÜTSCHKE / ICECCHI, *eod. loc.*, n. 59 ad art. 39 LAMal). On notera encore que selon l'art. 53 al. 1^{bis} LAMal en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2026, les organisations d'assureurs d'importance nationale ou régionale qui, conformément à leurs statuts, ont pour but de défendre les intérêts de leurs membres dans le cadre de l'application de la présente loi, ont qualité pour recourir contre les décisions prises par les gouvernements cantonaux en vertu de l'art. 39.

7. Le financement hospitalier a fait l'objet d'une modification légale entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, dont la mise en œuvre devait être achevée au 31 décembre 2011 conformément aux dispositions transitoires édictées. Cette nouvelle réglementation a entraîné un passage du système du financement de l'objet (soit un cofinancement de l'hôpital par des contributions cantonales) à celui du financement des prestations (financement forfaitaire par cas selon le système *Diagnosis Related Groups* [DRG]) (ATF 148 V 70 consid. 2.2).

7.1 Dans ce cadre, le législateur a notamment adopté l'art. 41 al. 1^{bis} LAMal, selon lequel en cas de traitement hospitalier, l'assuré a le libre choix entre les hôpitaux aptes à traiter sa maladie et figurant sur la liste de son canton de résidence ou celle du canton où se situe l'hôpital (hôpital répertorié). En cas de traitement hospitalier dans un hôpital répertorié, l'assureur et le canton de résidence prennent en charge leur part respective de rémunération au sens de l'art. 49a jusqu'à concurrence du tarif applicable pour ce traitement dans un

hôpital répertorié du canton de résidence. Selon l'art. 49 al. 1 LAMal dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009, pour rémunérer le traitement hospitalier, y compris le séjour et les soins à l'hôpital (art. 39 al. 1) ou dans une maison de naissance (art. 29), les parties à une convention conviennent de forfaits. En règle générale, il s'agit de forfaits par cas. Les forfaits sont liés aux prestations et se basent sur des structures uniformes pour l'ensemble de la Suisse. Les partenaires à une convention peuvent convenir que des prestations diagnostiques ou thérapeutiques spéciales ne sont pas comprises dans le forfait mais facturées séparément. Les tarifs hospitaliers sont déterminés en fonction de la rémunération des hôpitaux qui fournissent la prestation tarifée obligatoirement assurée, dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse.

Aux termes de l'art. 49a LAMal, les rémunérations au sens de l'art. 49 al. 1 sont prises en charge par le canton et les assureurs, selon leur part respective (al. 1). L'al. 2 énumère les assurés pour lesquels la part cantonale est prise en charge par le canton. L'al. 2^{ter} dispose que chaque canton fixe pour chaque année civile, au plus tard neuf mois avant le début de celle-ci, la part cantonale qu'il prend en charge. Celle-ci doit s'élever à 55% au moins. Selon l'al. 3, le canton de résidence verse sa part de la rémunération directement à l'hôpital. Les modalités sont convenues entre l'hôpital et le canton. L'assureur et le canton peuvent convenir que le canton paie sa part à l'assureur, et que ce dernier verse les deux parts à l'hôpital. La facturation entre l'hôpital et l'assureur est réglée à l'art. 42. Cette disposition prévoit à son alinéa deuxième qu'assureurs et fournisseurs de prestations peuvent convenir que l'assureur est le débiteur de la rémunération (système du tiers payant). En cas de traitement hospitalier, l'assureur, en dérogation à l'al. 1, est le débiteur de sa part de rémunération.

7.2 L'art. 49a LAMal consacre le système du tiers payant, c'est-à-dire que le canton est le débiteur du fournisseur de prestations et lui verse directement sa part. Cette reprise de dette légale signifie que la personne assurée est libérée d'emblée d'une dette envers le fournisseur de prestations. Les hôpitaux ont ainsi un droit propre direct envers le canton, qu'ils peuvent faire valoir auprès de celui-ci (Philipp EGLI / Michael WALDNER in *Basler Kommentar zum KVG/KVAG*, 2020, nn. 42-44 *ad* art. 49a LAMal ; *cf.* également ATF 139 V 82 consid. 3.2.3). En vertu de l'art. 41 al. 1^{bis} LAMal en corrélation avec l'art. 49 al. 1 et l'art. 49a al. 1 LAMal, les hôpitaux ont droit à une part cantonale du forfait SwissDRG (ATF 148 V 70 consid. 2.2). La participation cantonale aux frais hospitaliers peut être limitée ou refusée si la prestation en cause dépasse le volume maximal de prestations prévu pour le fournisseur de prestations hospitalier concerné (ATF 145 V 128 consid. 6.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_151/2016 du 27 janvier 2017 consid. 6.2).

8. Dans l'arrêt C-5017/2015 du 16 janvier 2019 invoqué par la demanderesse, le Tribunal administratif fédéral a procédé à une analyse extrêmement fouillée de la planification hospitalière genevoise au regard des exigences-cadres, pour conclure

que celle-ci ne respectait pas les critères de planification fixés par le droit fédéral, en ce qui concernait tant la détermination des besoins que l'évaluation et le choix de l'offre qui devait être garantie par la liste. Selon le chiffre 1 du dispositif de cet arrêt, l'arrêté du 24 juin 2015 du Conseil d'État était annulé et la cause renvoyée à cette autorité pour nouvelle décision au sens des considérants. Dans lesdits considérants, le Tribunal administratif fédéral a enjoint au Conseil d'État de mener préalablement une planification hospitalière conforme à la LAMal et l'OAMal, qui permettrait de définir les pôles d'activités devant être attribués à C_____, puis aboutirait à son inscription sur la liste hospitalière pour ces pôles d'activités. En outre, les limitations quantitatives de cas fixées par le Conseil d'État dans le mandat de prestations de C_____ étaient contraires au sens et à l'esprit du nouveau financement hospitalier, le canton de Genève s'étant écarté de sa marge d'appréciation. Ces limites violaient de plus le principe de l'égalité de traitement entre concurrents. Par conséquent, le canton de Genève ne pourrait reprendre ces limitations. Enfin, le budget global résultait de la multiplication du nombre de traitements accordés par leur prix. La limitation du nombre de traitements étant illicite, le budget calculé l'était également, de sorte que le Conseil d'État ne pourrait reproduire ce budget (consid. 26). L'arrêté du Conseil d'État du 24 juin 2015 en ce qu'il concernait C_____ devait être annulé et la cause renvoyée à l'autorité inférieure pour une planification hospitalière conforme aux règles prescrites puis nouvelle décision (consid. 16.1).

À la suite de cet arrêt, un assureur a requis en juin 2021 du département le remboursement d'un montant de CHF 9'455'710.- correspondant aux parts cantonales des soins hospitaliers prodigués à ses assurés genevois disposant d'une couverture complémentaire d'assurance, qu'il estimait avoir indûment prises en charge de janvier 2016 à décembre 2020 dès lors que la planification hospitalière cantonale était contraire au droit. Le département a déclaré cette demande irrecevable par décision du 9 janvier 2023, retenant en substance qu'un assureur privé n'avait pas qualité pour exiger la restitution de montants qui s'apparentaient à des subventions cantonales, et que la créance était prescrite sous l'angle de l'enrichissement illégitime. Le recours de l'assureur à l'encontre de cette décision a été rejeté par la chambre administrative de la Cour de céans par arrêt du 20 août 2024 (ATA/968/2024). À son tour saisi d'un recours, le Tribunal fédéral l'a rejeté par arrêt du 19 novembre 2025 dans la cause 9C_543/2024. Notre Haute Cour a retenu que seule C_____ avait recouru contre la planification hospitalière genevoise de 2015 auprès du Tribunal administratif fédéral, lequel n'avait pas constaté sa nullité mais l'avait uniquement annulée en tant qu'elle concernait C_____ (consid. 5.4).

9. 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 qui relèvent de la liberté contractuelle des

parties, hormis quelques dispositions impératives en matière d'indemnités journalières (ATF 124 V 201 consid. 3d). Ainsi, le contenu du contrat peut en principe être déterminé librement. Il est le plus souvent défini au moyen de conditions générales préformulées, qui sont des conditions contractuelles réglant les droits et obligations des contractants, lesquelles fixent notamment l'étendue de la couverture lorsque la loi leur en laisse la possibilité (Vincent BRULHART, Droit des assurances privées, 2^e éd. 2017, n. 367). Le droit aux prestations d'assurance se détermine sur la base des dispositions contractuelles liant l'assuré et l'assureur, en particulier des conditions générales ou spéciales d'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 5C.253/2000 du 6 mars 2001 consid. 4a).

Les dispositions d'un contrat d'assurance, de même que les conditions générales qui ont été expressément incorporées, doivent être interprétées selon les mêmes principes que les autres dispositions contractuelles. Le juge doit tout d'abord s'efforcer de déterminer la commune et réelle intention des parties, sans s'arrêter aux expressions ou dénominations inexactes dont elles ont pu se servir, soit par erreur, soit pour déguiser la nature véritable de la convention (art. 18 al. 1 du Code des obligations suisse [CO - RS 220]) (ATF 135 III 410 consid. 3.2). 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) (arrêt du Tribunal fédéral 5C.208/2006 du 8 janvier 2007 consid. 2.1). 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 132 III 268 consid. 2.3.2). Ce faisant, le juge doit partir de la lettre du contrat et tenir compte des circonstances qui ont entouré sa conclusion (arrêt du Tribunal fédéral 5C.134/2002 du 17 septembre 2002 consid. 3.1). On s'en tiendra à l'usage général et quotidien de la langue, sous réserve des acceptions techniques propres au risque envisagé (ATF 118 II 342 consid. 1a). 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. Partant, lorsque les parties, dans le contrat d'assurance ou dans les conditions générales d'assurance qui en font partie intégrante, ont convenu de la définition à donner à un terme, c'est cette définition conventionnelle qui fait foi (arrêt du Tribunal fédéral non publié 5C.44/2004 du 21 mai 2004 consid. 2.1).

10. Les Conditions complémentaires d'assurance (CCA) relatives à l'assurance hospitalisation de la défenderesse dans leur édition 2010 prévoient au chiffre 7.1 que si et aussi longtemps que les conditions relatives à l'octroi des prestations sont remplies, les prestations couvrent tous les frais de séjour et de traitements

scientifiquement reconnus, dans un hôpital de soins aigus, ainsi que les frais de traitement des médecins en fonction de l'assurance convenue (division commune, mi-privée ou privée) et selon le tarif reconnu par l'assureur.

Ces CGA ne définissent pas ce qu'il faut entendre par « hôpital de soins aigus », leur chiffre 4.1 première phrase définissant uniquement les hôpitaux comme les établissements hospitaliers placés sous direction et surveillance médicales ou leurs divisions qui servent au traitement stationnaire de maladies aiguës ou de suites d'accident ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation et qui figurent sur la liste cantonale des hôpitaux (art. 39 al. 1 let. e LAMal). Le chiffre 4.2 des CGA précise que ne sont pas réputés hôpitaux les établissements de cure, les homes pour personnes âgées, les établissements médico-sociaux, les homes pour malades chroniques, les hospices pour personnes en fin de vie et autres établissements hospitaliers qui ne sont pas prévus pour le traitement de patients atteints d'une maladie aiguë.

La défenderesse est un hôpital au sens du chiffre 4.1 des CGA. Force est de retenir, à défaut de définition spécifique contraire ressortant des CGA, qu'elle peut être considérée comme un hôpital de soins aigus au sens du chiffre 7.1 des CGA, dès lors qu'elle a notamment pour but le traitement de maladies aiguës, par opposition aux établissements visés au ch. 4.2 des CGA.

Selon le chiffre 1.2 des CGA de 2010, l'assurance-hospitalisation prend en charge les frais en cas de séjour dans un hôpital.

L'art. 35 des CGA de 2007 relatives aux assurances complémentaires des soins édictées par la demanderesse précise qu'un paiement direct est possible au fournisseur de soin si une convention a été conclue.

11. Les conventions successives liant la demanderesse à la défenderesse, applicables selon leur art. 2.1 à tous les assurés relevant des assurances complémentaires d'hospitalisation privées ou semi-privées selon la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA - RS 221.229.1), stipulent à leur art. 2.4 qu'elles concernent les cas de maladie, d'accident et de maternité, sauf s'ils doivent être pris en compte par un autre assureur que l'assureur signataire de la présente ou par un tiers responsable (subsidiarité). Leur art. 8, relatif à la facturation et paiement, dispose que la clinique adresse une facture complète directement à l'assureur, avec copie au patient, lorsqu'une garantie a été fournie (al. 1), et que sauf réclamation fondée selon la loi ou la présente convention, le paiement de la facture intervient dans les trente jours à dater de sa réception. Au-delà de ce délai, un intérêt moratoire peut être facturé (al. 2).
12. Aux termes de l'art. 62 CO, celui qui, sans cause légitime, s'est enrichi aux dépens d'autrui, est tenu à restitution (al. 1). La restitution est due, en particulier, de ce qui a été reçu sans cause valable, en vertu d'une cause qui ne s'est pas réalisée, ou d'une cause qui a cessé d'exister (al. 2).

L'art. 63 CO dispose que celui qui a payé volontairement ce qu'il ne devait pas ne peut le répéter s'il ne prouve qu'il a payé en croyant, par erreur, qu'il devait ce qu'il a payé (al. 1). Ce qui a été payé pour acquitter une dette prescrite ou pour accomplir un devoir moral ne peut être répété (al. 2).

La prétention en enrichissement illégitime (*condictio*) a pour fonction de corriger un déplacement patrimonial qui profite sans droit au débiteur. L'action fondée sur l'enrichissement illégitime repose sur quatre conditions, savoir l'enrichissement d'une personne, l'appauvrissement d'une autre, un lien de connexité entre ces deux éléments et l'absence de cause à l'enrichissement (Benoît CHAPPUIS in Commentaire Romand CO I, 3^e éd. 2021, nn. 2 et 3 *ad* art. 62 CO). L'art. 62 al. 2 CO précise qu'une prétention en enrichissement illégitime au sens de l'alinéa premier de cette disposition peut naître notamment lorsque la prestation a été fournie sans cause valable (*condictio sine causa*, respectivement *condictio indebiti*), en raison d'une cause qui ne s'est pas réalisée (*condictio ob causam futuram* respectivement *condictio causa data causa non secuta*), ou en raison d'une cause qui a par la suite cessé d'exister (*condictio ob causam finitam*) (Samuel ZOGG in Basler Kommentar Obligationenrecht I, 8^e éd. 2026, n. 8 *ad* art. 62 CO).

13. En l'espèce, comme le souligne à juste titre la défenderesse, la demanderesse n'a guère allégué les fondements juridiques de ses prétentions dans son écriture du 17 septembre 2025. Elle s'est en effet contentée d'avancer que la limitation des cas selon les mandats de prestations octroyés à la défenderesse en application de la planification hospitalière serait illicite compte tenu de l'arrêt du Tribunal administratif fédéral, et semble en inférer que les paiements qu'elle a effectués pour couvrir la part cantonale des cas excédant les quotas de 2013 à 2019 pour les assurés bénéficiant d'une couverture complémentaire seraient *ipso facto* indus. Elle s'est d'ailleurs référée à cet arrêt comme cause de l'obligation, accompagné de la mention « Versement erroné décompte 16.01.19 » dans les commandements de payer notifiés à la défenderesse. Il ressort également de l'arrêt du Tribunal fédéral du 22 novembre 2024 établissant la compétence de la chambre de céans que la demanderesse a soutenu devant cette instance que le litige était né à la suite de l'annulation de la planification hospitalière genevoise, la quote-part cantonale devant être prise en charge par le canton de Genève pour toutes les opérations, et non un nombre limité de cas (consid. 3.3 de l'arrêt 4A_577/2023). Dans la présente procédure, la demanderesse n'expose cependant pas de manière complète en quoi cet arrêt priverait rétroactivement les paiements litigieux à la défenderesse d'une cause valable, ni d'ailleurs sur quelle base contractuelle ou légale ces paiements ont été initialement opérés.

La défenderesse a produit un extrait de l'appel interjeté par la demanderesse devant la chambre civile de la Cour de céans à l'encontre du TPI, dans lequel celle-ci invoquait les dispositions sur l'enrichissement illégitime à l'appui de ses prétentions. Dès lors que la demanderesse soutient devant la chambre de céans

s'être acquittée à tort des factures que la défenderesse lui a adressées sans déduire la quote-part cantonale (allégués 40 et 41), et qu'elle détaille les différentes factures en alléguant les avoir indûment versées, il apparaît bien que c'est sur l'institut de l'enrichissement illégitime qu'elle fonde ses prétentions, bien qu'elle l'ait contesté dans ses observations du 2 avril 2026 en lien avec la prescription – point que la chambre de céans abordera ci-après.

On rappellera que dans le cadre d'une action en enrichissement illégitime, il appartient au demandeur d'alléguer notamment l'absence de cause à l'enrichissement illégitime (François BOHNET, Actions civiles, vol. II, 2^e éd. 2019, § 3 nn. 37a et 41). Il est douteux que l'action de la demanderesse satisfasse à ces exigences minimales. Celle-ci n'a en particulier pas produit les conventions conclues avec la défenderesse qui établissent le caractère subsidiaire de son obligation de prester par rapport à une éventuelle obligation du canton de verser la quote-part de 55%, lacune que la défenderesse a cependant palliée, en exposant par ailleurs les fondements contractuels des paiements litigieux.

14. S'agissant de la portée de l'arrêt du Tribunal administratif fédéral du 16 janvier 2019, malgré le libellé quelque peu équivoque de son dispositif, il n'a pas eu pour effet d'annuler l'arrêté du Conseil d'État du 24 juin 2015 dans son intégralité mais a uniquement modifié la situation de C_____. Comme cela ressort de la jurisprudence développée ci-dessus, un recours contre une liste hospitalière porte en principe uniquement sur la situation juridique de l'établissement recourant. De plus, le dispositif d'une décision s'interprète à la lumière de ses considérants (ATF 143 III 420 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 7B_35/2025 du 17 mars 2025 consid. 1.2.1). Or, le dispositif de cet arrêt renvoie précisément à ses considérants s'agissant de la nouvelle décision à rendre, et les considérants 16.1 et 26 précisent d'une part que l'arrêté du Conseil d'État litigieux est annulé en tant qu'il concerne C_____, et que la nouvelle planification devrait définir les missions confiées à celle-ci. Enfin, dans son arrêt du 19 novembre 2025, le Tribunal fédéral a confirmé sans aucune ambiguïté que l'arrêt du Tribunal administratif fédéral n'avait pas constaté la nullité de la planification hospitalière consacrée par l'arrêté du Conseil d'État du 24 juin 2015 et ne déployait d'effets qu'à l'encontre de C_____.

Partant, malgré les critiques émises par le Tribunal administratif fédéral à l'encontre de la planification hospitalière faisant l'objet de l'arrêté du 24 juin 2015 et des limitations dans les mandats de prestations attribués aux différents établissements hospitaliers privés, ceux-ci revêtent force de chose décidée et conservent par conséquent leur validité pour tous les établissements qui n'ont pas recouru à leur encontre, dont la défenderesse. En effet, une décision revêtant force de chose décidée est réputée valable et produit ses effets, même si elle est viciée, à moins d'être annulée ou modifiée à la suite de l'usage d'un moyen de droit extraordinaire, d'être affectée d'un vice tellement grave qu'elle est nulle, ou d'être révoquée (Thierry TANQUEREL / Frédéric BERNARD, Manuel de droit

administratif, 3^e éd., 2025, n. 865 p. 329). Aucune de ces hypothèses n'est réalisée en l'espèce.

La demanderesse a soutenu qu'il n'était « pas exclu, voire hautement vraisemblable » que la défenderesse se soit vu verser par le canton de Genève une partie ou l'intégralité des quotes-parts cantonales « [à la suite] de l'arrêt du Tribunal administratif fédéral », et a offert de prouver cette allégation en requérant la production par la défenderesse des pièces comptables en lien avec les montants perçus du canton de Genève au titre de la quote-part cantonale pour les années 2013 à 2019. L'art. 152 al. 1 CPC prévoit certes que toute partie a droit à ce que le tribunal administre les moyens de preuve adéquats proposés régulièrement et en temps utile. Ce droit n'exclut toutefois pas une appréciation anticipée des preuves, lorsque le juge parvient à la conclusion que la mesure requise n'apporterait pas la preuve attendue, ou ne modifierait pas la conviction acquise sur la base des preuves déjà recueillies (arrêt du Tribunal fédéral 4A_226/2022 du 27 septembre 2022 consid. 4.1). En l'espèce, on observe cependant en premier lieu que l'offre de preuve ne paraît pas entièrement pertinente, puisque les pièces comptables de 2013 à 2018 ne seraient pas de nature à démontrer le versement d'éventuels arriérés payés en application de cet arrêt, rendu en janvier 2019. De plus, tant la défenderesse que le dénoncé contestent que le second aurait consenti des versements complémentaires à la première à la suite dudit arrêt. Si la simple contestation d'un allégué ne suffit pas en soi à en démontrer la fausseté, la position du dénoncé dans la procédure s'étant achevée par l'arrêt du Tribunal fédéral du 19 novembre 2025, démontre qu'il ne s'estimait pas débiteur de parts cantonales pour les traitements hospitaliers excédant les mandats de prestations non contestés de sa planification. Au vu de ces éléments, on peut considérer comme établi que la défenderesse n'a perçu aucun versement supplémentaire du dénoncé pour les cas excédant les quotas entre 2013 et 2019. Partant, par appréciation anticipée des preuves, il ne sera pas fait droit à cette réquisition de preuve.

Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans retiendra que c'est de manière conforme au droit – soit en application d'une décision entrée en force – que le canton de Genève n'a pas versé de quote-part pour les cas excédant les mandats de prestations de 2013 à 2019 à la défenderesse.

15. Dans ses déterminations du 2 avril 2026, la demanderesse semble articuler une nouvelle argumentation, en affirmant qu'elle aurait versé les montants correspondant aux quotes-parts cantonales sans cause valable *ab initio*. Elle a notamment fait valoir que la défenderesse admettait avoir accepté des patients après épuisement des quotas, lorsque ceux-ci disposaient d'une assurance complémentaire couvrant la part de 55% non prise en charge par le canton de Genève, en recourant à tort à la demanderesse comme payeur de substitution de cette part en sa qualité d'assureur complémentaire. Dans les factures produites, seule la quote-part était réclamée à la demanderesse. Cela signifiait que la

défenderesse elle-même qualifiait les séjours litigieux de traitements stationnaires de l'assurance obligatoire des soins soumis au système SwissDRG. La somme réclamée à la défenderesse ne correspondait ainsi pas à une prestation supplémentaire (*echte Mehrleistung*). Or, la défenderesse ne pouvait à la fois soutenir que les séjours litigieux relevaient de l'assurance obligatoire des soins et que la part restante était une prestation complémentaire. La quote-part cantonale ne constituait pas une prestation complémentaire autonome, mais une part de financement public du traitement. En la facturant à la demanderesse, la défenderesse n'avait pas vendu une prestation supplémentaire relevant d'une assurance complémentaire, elle avait « seulement déplacé le débiteur d'un poste qui ne lui appartenait pas ». Le mécanisme litigieux procédait d'un transfert de risque financier que les conventions ne consacraient pas, et celles-ci ne fournissaient pas de cause valable au paiement. Le fait que les polices puissent, dans la relation entre la demanderesse et l'assuré, prendre provisoirement en charge un poste laissé à la charge du patient n'avait pas pour conséquence que l'établissement hospitalier disposait, à l'égard de l'assureur complémentaire, d'une créance autonome pour ce même poste. Les « textes contractuels » invoqués par la défenderesse ne lui conféraient pas une telle créance. L'art. 35 des CGA de 2007 et les art. 8.1 et 8.2 des conventions d'hospitalisation privée et semi-privée réglaient uniquement les modalités du paiement direct, sans définir les postes à la charge de la demanderesse, et n'étaient ainsi pas une cause matérielle de créance. L'arrêt du Tribunal administratif fédéral ne permettait pas à la défenderesse de transformer en cause valable un mécanisme de facturation dont cette instance avait établi l'illicéité matérielle en lien avec les doubles limites. La chambre de céans n'était pas appelée à annuler la liste hospitalière, mais uniquement à déterminer si la défenderesse pouvait opposer à la demanderesse comme cause de paiement un système que le Tribunal administratif fédéral avait considéré comme contraire au droit fédéral. La défenderesse ne pouvait se prévaloir du seul défaut de recours à l'encontre de la planification genevoise pour conserver des montants indus par la demanderesse.

Ces arguments ne convainquent pas.

En premier lieu, on saisit mal ce que la demanderesse entend tirer du fait que les prestations litigieuses relevaient de « traitements stationnaires de l'assurance obligatoire des soins soumis au système SwissDRG » et que les séjours litigieux relevaient de l'assurance obligatoire des soins. En effet, les assurances complémentaires ont généralement précisément pour but de compléter les prestations de l'assurance obligatoire des soins – l'assuré ayant d'ailleurs toujours droit au titre de la LAMal à un montant équivalent à celui que l'assureur devrait payer à l'hôpital en cas de séjour dans la division commune, qu'il dispose ou non d'une assurance complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral K 178/2000 du 30 novembre 2001 consid. 4c). La demanderesse soutient à ce sujet que la quote-part ne correspondrait pas à une prestation autonome (*Mehrleistung*) au

sens d'une prestation de confort visée par la conclusion d'une police d'assurance complémentaire. Elle perd cependant de vue qu'une assurance complémentaire d'hospitalisation peut porter sur tout type de prestations en vertu de la liberté contractuelle des parties, et qu'en l'espèce, le chiffre 7.1 des CGA de 2010 prévoit que l'assurance complémentaire d'hospitalisation prend en charge les frais de séjour et de traitement, indépendamment du fait qu'il s'agisse de traitements ou séjours tombant dans le champ des prestations dues selon la LAMal, et sans limiter la prise en charge à des prestations hôtelières supérieures au standard en chambre commune selon l'assurance obligatoire des soins (*cf.* art. 25 al. 2 let. e LAMal). On notera que la demanderesse expose elle-même dans ses observations du 2 avril 2026 que les facturations litigieuses concernaient des patients disposant d'une assurance complémentaire couvrant la part de 55% non prise en charge par le canton de Genève, de sorte qu'elle admet implicitement que leurs polices couvraient ce poste.

L'argumentation de la demanderesse est du reste quelque peu contradictoire, puisque malgré ses allégations sur le fait que la couverture de la quote-part ne relèverait pas d'une prestation assurée, elle semble plus loin dans ses déterminations implicitement admettre que les CGA confèreraient aux assurés concernés d'obtenir de sa part sa prise en charge provisoire. Elle soutient cependant que la défenderesse n'aurait pas un droit autonome à cette prestation, l'art. 35 des CGA de 2007 ne réglant selon elle que les modalités de paiement. Sur ce point, la chambre de céans observe en préambule que rien dans les CGA ne permet de considérer que la prise en charge par la demanderesse du montant correspondant à la quote-part cantonale n'aurait qu'un caractère provisoire. Quant à la portée de l'art. 35 des CGA de 2007, la demanderesse méconnaît que cette clause instaure un système de tiers payant. Le Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion d'exposer que ce système est une forme de reprise de dette contractuelle de l'assureur vis-à-vis du fournisseur de prestations. Dans ce système, l'assuré envoie les factures à son assureur ou ce dernier les reçoit directement du fournisseur de prestations. L'assureur est alors tenu d'indemniser la personne qui fournit les prestations. Comme dans le cas d'une reprise de dette au sens de l'art. 175 ss CO, le système du tiers payant suppose l'existence d'une reprise de dette interne et d'une reprise de dette externe. Ainsi, l'assureur s'engage à reprendre la dette de l'assuré (reprise de dette interne, art. 175 al. 1 CO). L'assureur remplace en outre l'assuré dans la relation contractuelle qui l'unit au fournisseur de prestations (reprise de dette externe, art. 176 al. 1 CO) (ATF 141 V 546 consid. 5.2, *cf.* également arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2025 du 17 mars 2026 consid. 3.1.2). Partant, l'art. 35 CGA confère bien à la défenderesse le droit d'obtenir de la demanderesse le remboursement des parts cantonales, dans les limites conventionnelles.

Par ailleurs, la demanderesse reproche à la défenderesse de ne pas avoir démontré sur quelle base elle serait en droit de conserver les montants qu'elle lui a versés

pour la quote-part non prise en charge par le canton de Genève. Elle semble cependant oublier qu'au plan procédural, c'est à elle de démontrer les éléments constitutifs d'un enrichissement illégitime, soit l'absence de cause valable, conformément au principe d'allégation, et non à la défenderesse d'établir le bien-fondé de ces versements – bien que celle-ci ait en l'espèce procédé à une telle démonstration, en alléguant le contenu pertinent des CGA et des conventions fondant son droit au remboursement des montants litigieux par la demanderesse.

16. Au sujet de l'arrêt du Tribunal administratif fédéral, la demanderesse soutient encore dans ses déterminations du 2 avril 2026 qu'il ne permet pas à la défenderesse de transformer en cause valable un mécanisme de facturation dont cette instance a établi l'illicéité matérielle en lien avec les doubles limites, et que la chambre de céans n'est pas appelée à annuler la liste hospitalière, mais uniquement à déterminer si la défenderesse peut l'opposer à la demanderesse au vu de sa non-conformité au droit fédéral. Elle ajoute que la défenderesse ne peut se prévaloir du seul défaut de recours à l'encontre de la planification genevoise pour conserver des montants qu'elle lui a indument versés.

Bien qu'elle s'en défende, la demanderesse entend par ce moyen bien obtenir de la chambre de céans un nouvel examen de la validité de l'arrêt du Conseil d'État du 24 juin 2015 et des quotas octroyés à la défenderesse à la lumière des considérants de l'arrêt du Tribunal administratif fédéral. Dès lors que cette autorité a tranché la question de manière définitive, un réexamen *a posteriori* de cette problématique est exclu dans la présente procédure. En outre, contrairement à ce que soutient la demanderesse, l'arrêt du Tribunal administratif fédéral ne porte pas sur le « mécanisme de facturation » entre fournisseurs de soins et assureurs. On précisera encore que la défenderesse n'avait aucune obligation de recourir contre la liste hospitalière, et la demanderesse ne saurait lui faire grief de ne pas l'avoir contestée par la voie judiciaire.

17. En conclusion, les CGA de 2010, en corrélation avec la clause de subsidiarité prévue par les conventions liant la demanderesse à la défenderesse, sont bien une cause valable de paiement des cas non pris en charge par le canton de Genève. Si on peut suivre la demanderesse en tant qu'elle affirme que le principe de subsidiarité consacré par ces conventions interdit de la rechercher si un autre débiteur répond du dommage, tel n'est précisément pas le cas pour les montants litigieux, puisque le canton de Genève n'avait aucune obligation de verser la quote-part de 55% dans les cas excédant les quotas alloués à la défenderesse.

Ce n'est partant pas à tort, ni sans cause que les factures litigieuses ont été acquittées par la demanderesse, de sorte qu'elle n'a pas droit à leur restitution par la défenderesse au titre de l'enrichissement illégitime.

18. En sus de ce qui précède, la chambre de céans souligne s'agissant des factures correspondant à des traitements prodigués de 2013 à fin 2014, que l'art. 5 de l'arrêt du Conseil d'État du 24 juin 2015 précise qu'il concerne les

établissements admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins dans les missions pour lesquelles ils sont mandatés à partir du 1^{er} janvier 2015, et son art. 8 fixe son entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2015. Partant, même s'il fallait suivre la demanderesse en tant qu'elle voit dans l'arrêt du Tribunal administratif fédéral du 16 janvier 2019 une cause d'invalidation de ses paiements au motif qu'il aurait annulé l'arrêté du Conseil d'État du 24 juin 2015 dans son intégralité, cela n'aurait pas d'effet sur les parts cantonales versées de 2013 à 2014, dont la limitation était prévue par un précédent arrêté et les mandats de prestations correspondants.

- 19.** Par surabondance, les prétentions de la demanderesse sont en toute hypothèse frappées de prescription, exception dûment soulevée par la défenderesse (cf. art. 142 CO, aux termes duquel le juge ne peut suppléer d'office le moyen résultant de la prescription).

19.1 Selon l'art. 67 al. 1 CO dans sa teneur depuis le 1^{er} janvier 2020, l'action pour cause d'enrichissement illégitime se prescrit par trois ans à compter du jour où la partie lésée a eu connaissance de son droit de répétition et, dans tous les cas, par dix ans à compter de la naissance de ce droit. Jusqu'au 31 décembre 2019, le délai relatif de prescription prévu par cette disposition était d'un an.

L'art. 46 al. 1 LCA 1^{re} phrase dans sa teneur en force depuis le 1^{er} janvier 2022 prévoit que sous réserve de l'al. 3, les créances qui découlent du contrat d'assurance se prescrivent par cinq ans à compter de la survenance du fait duquel naît l'obligation. L'al. 3 vise les créances qui découlent du contrat d'assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie. Jusqu'au 31 décembre 2021, cette disposition prévoyait un délai de prescription de deux ans pour les créances dérivant du contrat d'assurance.

On rappellera ici que selon l'art. 49 al. 1 du Titre final du Code civil suisse (CC - RS 110), lorsque le nouveau droit prévoit des délais de prescription plus longs que l'ancien droit, le nouveau droit s'applique dès lors que la prescription n'est pas échue en vertu de l'ancien droit.

À la différence essentielle de l'art. 46 LCA, la prescription de l'art. 67 CO ne commence à courir qu'à partir de la connaissance effective du droit à restitution, même si l'on peut penser que le créancier aurait pu le connaître antérieurement (arrêt du Tribunal fédéral 4A_53/2010 du 29 avril 2010 consid. 2.6)

19.2 L'art. 46 LCA s'applique aux créances du contrat d'assurance, soit à toutes les prétentions contractuelles entre l'assureur et le preneur d'assurance ou l'ayant droit. Les cas d'application principaux sont la créance de l'ayant droit correspondant à la prestation d'assurance et la créance de l'assureur correspondant au paiement de la prime. En cas de restitution de prestations allouées alors qu'une réticence a conduit à la résiliation du contrat en application de l'art. 6 al. 3 LCA, c'est le délai de prescription selon l'art. 46 LCA et non selon l'art. 67 CO qui est applicable. Les créances qui sont certes en lien avec le rapport d'assurance mais

ne relèvent pas des prétentions contractuelles ne sont en revanche pas soumises au délai de prescription de l'art. 46 LCA (Christoph K. GRABER *in Basler Kommentar Versicherungsvertragsgesetz*, 2^e éd. 2023, n. 3 et 6 *ad* art. 46 LCA). Avant de pouvoir examiner si une action en restitution de primes versées à tort est prescrite, il convient d'examiner la nature de cette action, singulièrement de déterminer si celle-ci est fondée sur le contrat ou sur un enrichissement illégitime. En effet, contrat et enrichissement illégitime s'excluent l'un l'autre, puisqu'un contrat représente une cause juridique, et qu'une prétention découlant de l'enrichissement illégitime suppose précisément qu'il n'y ait pas de cause juridique. Aussi longtemps que l'on peut faire valoir une créance découlant d'un contrat, les règles de l'enrichissement illégitime ne peuvent être appliquées. C'est pourquoi il faut examiner si la partie demanderesse à une telle action a effectué des prestations découlant d'un contrat et si elle peut également en réclamer la restitution sur la base de ce contrat (ATF 135 III 289 consid. 6.1).

On peut citer la casuistique suivante. Dans un arrêt ancien, le Tribunal fédéral a retenu que le délai de prescription prévu à l'art. 46 LCA ne s'appliquait pas à une créance en restitution de prestations indues – *in casu* en raison de la caducité du droit aux prestations du fait d'une information erronée donnée par le preneur d'assurance. Dans un tel cas, il a considéré que le droit à la restitution ne découlait pas du contrat d'assurance en tant que tel, mais des dispositions sur l'enrichissement illégitime (ATF 42 II 674 consid. 2a). Notre Haute Cour a confirmé ce principe dans un arrêt du 28 novembre 2000 portant sur la restitution d'une prestation d'assurance versée à la suite d'une fraude, tout en notant une tendance à fonder la restitution de prestations en raison de violations contractuelles sur le délai de prescription contractuel (arrêt du Tribunal fédéral 5C.131/1997 du 28 novembre 2000 consid. 3c). En matière de restitution de primes d'assurance dont le preneur aurait dû être libéré selon le contrat, le Tribunal fédéral a confirmé qu'elles pouvaient être réclamées en application des règles sur l'enrichissement illégitime (arrêt du Tribunal fédéral 4A_53/2010 du 29 avril 2010 consid. 2.6). La jurisprudence fédérale a par la suite réaffirmé que toutes les prétentions en restitution de prestations allouées dans le cadre d'un contrat ne sont pas nécessairement de nature contractuelle. Celui qui, sans aucune réserve, preste plus qu'il ne doit en vertu d'un contrat qu'il croit exécuter ne peut réclamer la différence qu'en se fondant sur l'enrichissement illégitime (ATF 137 III 243 consid. 4.4.1, arrêt du Tribunal fédéral 4A_197/2018 du 3 décembre 2018 consid. 3.2 et 3.3 confirmant que des indemnités journalières trop élevées doivent être restituées sur la base de l'enrichissement illégitime, en l'absence de dispositions contractuelles prévoyant la restitution).

19.3 L'art. 135 ch. 2 CO dispose que la prescription est interrompue notamment lorsque le créancier fait valoir ses droits par des poursuites, par une requête de conciliation, par une action ou une exception devant un tribunal ou un tribunal arbitral ou par une intervention dans une faillite. Selon la doctrine et la

jurisprudence, le délai de prescription de l'art. 135 CO est interrompu dès le dépôt de la requête d'ouverture d'action à la poste, pour autant que le juge soit compétent pour en connaître (Pascal PICHONNAZ in Commentaire romand, Code des obligations I, 3^e éd. 2021, n. 15a *ad* art. 135 CO ; ATF 130 III 202 consid. 3.2 ; *cf.* également ATF 124 II 543 consid. 4b qui précise que le délai de prescription est interrompu lorsque l'intéressé s'adresse à l'autorité compétente).

Aux termes de l'art. 138 al. 1 CO, la prescription interrompue par l'effet d'une requête en conciliation, d'une action ou d'une exception recommence à courir lorsque la juridiction saisie clôt la procédure. La procédure est considérée close uniquement par une décision finale au sens de l'art. 236 CPC, qui peut relever d'une décision d'irrecevabilité ou d'une décision au fond (ATF 147 III 419 consid. 7.1).

19.4 Le prononcé d'irrecevabilité entraîne la cessation de la litispendance, avec effet rétroactif. Il n'a pas d'effet direct sur les délais de prescription ou de péremption du droit matériel. Le délai de prescription a été interrompu par un acte visé à l'art. 135 ch. 2 CO sans égard à la suite de la procédure, et un nouveau délai de prescription, de même durée que celui qui a été interrompu (art. 137 al. 1 CO), recommence à courir dès que la juridiction saisie clôt la procédure (art. 138 al. 1 CO). La fin de la litispendance entraîne indirectement la perte du droit si le délai de péremption du droit matériel a expiré dans l'intervalle (*cf.* arrêts du Tribunal fédéral 5A_441/2024 du 6 novembre 2024 consid. 5.2.2.1 et 4A_671/2016 du 15 juin 2017 consid. 2.4).

L'art. 63 al. 1 CPC prévoit que 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 ou s'il est transmis conformément à l'art. 143 al. 1^{bis} CPC l'instance est réputée introduite à la date du premier dépôt de l'acte. Avec cette disposition, le législateur a voulu éviter que l'introduction d'une action devant un juge incompétent (débouchant sur un refus d'entrée en matière) entraîne de façon inique la perte d'un droit par l'écoulement d'un délai, alors même que le créancier a affiché son intention de faire valoir sa créance, mais s'est trompé de juge. La règle vise aussi bien les délais de prescription que de péremption (arrêt du Tribunal fédéral 4A_16/2023 du 8 novembre 2023 consid. 5.1.1). Le correctif de l'art. 63 CPC permet non seulement de faire rétroagir la litispendance, mais aussi de sauvegarder les délais de prescription et de péremption (arrêt du Tribunal fédéral 5A_441/2024 du 6 novembre 2024 consid. 5.2.2.1). L'effet rétroactif de la litispendance selon l'art. 63 CPC suppose que, dans le délai prescrit, l'intéressé réintroduise, devant l'autorité qu'il tient pour compétente, la même écriture, en original, que celle qu'il a déposée initialement devant un tribunal incompétent, accompagnée, le cas échéant, d'une traduction dans la langue officielle du canton compétent (ATF 141 III 481 consid. 3). Lorsque la décision d'irrecevabilité est attaquée par une voie de droit, le délai d'un mois pour redéposer l'acte devrait

commencer à courir à la notification de la décision rejetant le recours, soit le cas échéant à la notification de la décision du Tribunal fédéral (François BOHNET *in* Commentaire romand, Code de procédure civile, 2^e éd. 2019, n. 22 *ad* art. 63 CPC). En d'autres termes, si l'acte introductif d'instance introduit dans la mauvaise procédure est déclaré irrecevable, le délai de prescription ne sera pas interrompu, à moins que l'acte ne soit réintroduit dans le mois. En revanche, si l'acte est réintroduit dans le délai légal, l'instance est réputée introduite à la date du premier dépôt. Partant, le délai de prescription est fictivement interrompu au dépôt de l'acte vicié (BOHNET, La prescription en procédure civile *in* Le nouveau droit de la prescription, 2019, n. 38 p. 172).

19.5 Certes, dans son écriture du 2 avril 2026, la demanderesse soutient en lien avec la prescription que ses prétentions seraient de nature contractuelle, de sorte qu'elles se prescriraient par dix ans. Elle avance à ce sujet qu'il ressort des moyens qu'elle a développés dans ses écritures dans la procédure devant le TPI qu'elle avait invoqué « [que la défenderesse] avait facturé le mauvais débiteur et qu'elle avait, ce faisant, violé la logique de subsidiarité et les limites matérielles du dispositif conventionnel ». Cependant, la demanderesse n'a pas produit ces écritures, alors qu'il lui incombait de le faire si elle entendait s'en prévaloir. Elle n'allègue par ailleurs pas que les conventions conclues avec la défenderesse prévoiraient un droit à la restitution de prestations indues, et invoque précisément à l'appui de ses prétentions l'absence de fondement conventionnel aux paiements litigieux. Partant, ses prétentions ne sont pas de nature contractuelle mais découlent de l'enrichissement illégitime allégué de la défenderesse, conformément à la jurisprudence citée.

Par conséquent, la prescription doit être examinée à l'aune de l'art. 67 CO.

Le délai d'une année a commencé à courir à la connaissance par la demanderesse de l'arrêt du Tribunal administratif fédéral duquel elle a déduit qu'elle aurait couvert à tort les quotes-parts non prises en charge par le canton de Genève. Ledit arrêt a fait l'objet d'un communiqué de presse de cette instance le 23 janvier 2019, et il est permis de penser que la défenderesse en a pris connaissance à cette date. Cela étant, est déterminant pour le créancier le moment de la connaissance effective de son droit de répétition et non celui où il aurait pu ou dû connaître son droit en faisant preuve de l'attention commandée par les circonstances (ATF 148 III 63 consid. 6.1). La chambre de céans ne dispose pas des éléments nécessaires pour déterminer de manière certaine à quelle date la demanderesse en a pris connaissance. Quoiqu'il en soit, en date du 14 janvier 2020, celle-ci a fait notifier à la défenderesse un commandement de payer – pour un montant du reste inférieur aux conclusions faisant l'objet la présente demande – en citant comme cause de la créance ledit arrêt, ce qui a fait débiter un délai de prescription de trois dès le 15 janvier 2020 en vertu de l'art. 132 al. 1 CO. Le second commandement de payer a été notifié le 28 janvier 2021, et a fait débiter un nouveau délai de prescription qui courait jusqu'au 28 janvier 2024. La

demanderesse a saisi le TPI d'une demande en paiement le 1^{er} décembre 2021, dont le jugement d'irrecevabilité pour défaut de compétence matérielle a été confirmé en instance fédérale le 22 novembre 2024. Elle n'a pas réintroduit sa demande dans le délai de grâce de l'art. 63 CPC, puisqu'elle n'a procédé devant la chambre de céans que le 17 septembre 2025. Par conséquent, conformément à la jurisprudence et à la doctrine citées, le délai de prescription déclenché par le second commandement de payer n'a pas été interrompu par la demande introduite devant le TPI eu égard à son irrecevabilité, et a expiré avant la clôture de cette procédure par l'arrêt du Tribunal fédéral du 22 novembre 2024, faute de nouveau dépôt de l'action devant la chambre de céans dans le mois suivant. L'ouverture d'un nouveau délai de prescription par la notification de l'arrêt précité du Tribunal fédéral, en application de l'art. 137 al. 1 en corrélation avec l'art. 138 al. 1 CO, ne lui est d'aucun secours, puisque la prescription a été acquise avant cette date.

Partant, les prétentions de la demanderesse, fussent-elles fondées, seraient en toute hypothèse prescrites.

20. Au vu de l'issue du litige, la mise en œuvre de l'expertise requise par la demanderesse pour établir les montants qu'elle estime lui être dus s'avère superfétatoire.
21. La demande est rejetée.

L'art. 114 let. e CPC prévoit qu'il n'est pas perçu de frais judiciaires dans la procédure au fond pour les litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie. Seuls les frais judiciaires, et non les dépens, sont supprimés par la gratuité visée par cette disposition (Denis TAPPY *in* Commentaire romand, Code de procédure civile, 2^e éd. 2019, n. 13 *ad* art. 114 CPC).

L'art. 95 al. 3 let. b CPC prévoit que les dépens comprennent le défraiement d'un représentant professionnel. Le droit à une indemnité pour frais d'avocat découle ainsi du droit fédéral (arrêt du Tribunal fédéral 4C_1/2011 du 3 mai 2011 consid. 6.2).

Les cantons sont compétents pour fixer le tarif des frais comprenant les dépens (*cf.* art. 96 CPC). À Genève, le règlement fixant le tarif des frais en matière civile du 22 décembre 2010 (RTFMC - E 1 05.10) détermine notamment le tarif des dépens, applicable aux affaires civiles contentieuses (art. 1 RTFMC). Aux termes de l'art. 84 de ce règlement, le défraiement d'un représentant professionnel est, en règle générale, proportionnel à la valeur litigieuse. Sans effet sur les rapports contractuels entre l'avocat et son client, il est fixé d'après l'importance de la cause, ses difficultés, l'ampleur du travail et le temps employé. Selon l'art. 91 al. 1 première phrase CPC, la valeur du litige est déterminée par les conclusions. Elle est ainsi de CHF 3'174'234.40 en l'espèce. L'art. 85 RTFMC prévoit un défraiement de CHF 31'400.- plus un pourcent de la valeur litigieuse dépassant un million de francs pour une valeur litigieuse d'un à quatre millions de

francs. Aux termes de l'art. 26 al. 1 première phrase de la loi d'application du code civil suisse et d'autres lois fédérales en matière civile du 11 octobre 2012 (LaCC - E 1 05), la juridiction fixe les dépens d'après le dossier en chiffres ronds incluant la taxe sur la valeur ajoutée (TVA). On précisera encore que l'art. 23 al. 1 LaCC dispose que lorsqu'il y a une disproportion manifeste entre la valeur litigieuse et l'intérêt des parties au procès ou entre le taux applicable selon la présente loi et le travail effectif de l'avocat, la juridiction peut fixer un défraiement inférieur ou supérieur aux taux minimums et maximums prévus. La valeur litigieuse est un élément à prendre en considération dans la fixation du défraiement de l'avocat, car elle influe sur la responsabilité de celui-ci. Elle ne saurait toutefois reléguer à l'arrière-plan le facteur de l'activité déployée par l'homme de loi, dont la rétribution doit rester dans un rapport raisonnable avec la prestation fournie (arrêt du Tribunal fédéral 5A_171/2014 du 14 juillet 2014 consid. 2.3.2).

En l'espèce, le montant des dépens fixé en application de l'art. 85 RTFMC se monte à CHF 53'142.34 (soit CHF 31'400.- plus CHF 21'742.34). Si l'on tient compte d'un taux horaire de CHF 450.- (cf. arrêt de la chambre civile de la Cour de céans ACJC/716/2024 du 30 mai 2024 consid. 5.5.2), cela correspond à quelques 118 heures de travail. Toutefois, bien que la demanderesse ait déposé à l'appui de sa demande douze classeurs fédéraux contenant les factures alléguées, les pièces produites n'ont pas fait l'objet de déterminations détaillées de la défenderesse, qui s'est limitée à se prononcer sur le principe de la restitution dans une unique écriture. De plus, aucune audience n'a été tenue devant la chambre de céans. En application de l'art. 23 al. 1 LaCC, il convient, au vu de l'activité déployée par le conseil de la défenderesse, de réduire le montant des dépens obtenu en fonction de l'art. 85 RTFMC d'un cinquième, pour l'arrondir à CHF 42'500.-.

S'agissant du dénoncé d'instance, il n'a pas droit à des dépens dès lors qu'il n'est pas représenté et qu'il revêt en l'espèce la qualité d'un intervenant accessoire, qui n'a fait qu'appuyer la position de la défenderesse. En effet, dans un tel cas, il ne se justifie en principe pas d'allouer des dépens au dénoncé (arrêt du Tribunal fédéral 4A_480/2014 du 5 novembre 2015 consid. 4.3).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare la demande recevable.

Au fond :

2. La rejette.
3. Condamne la demanderesse à verser à la défenderesse une indemnité de dépens de CHF 42'500.-.
4. Dit que la procédure est gratuite.
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

Janeth WEPF

Catherine TAPPONNIER

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