RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/904/2020 **ATAS/543/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 1er juin 2021

15ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à BELLEVUE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michael RUDERMANN	demandeur

contre

INTRAS ASSURANCE SA, sise avenue de Valmont 41, LAUSANNE	défenderesse

Siégeant : Marine WYSSENBACH, Présidente; Andres PEREZ et Maria Esther SPEDALIERO, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le demandeur), né le _____ 1948, était assuré pour l'assurance obligatoire des soins au sens de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10) auprès d'INTRAS ASSURANCE SA (ci-après : INTRAS ou la défenderesse), société du groupe CSS. L'assuré avait parallèlement souscrit auprès d'INTRAS deux assurances « OPTIMA+ » et « UNO+ », complémentaires à l'assurance-maladie obligatoire et soumises à la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA - RS 221.229.1).

2. Dans un courriel du 20 juin 2019, l'assuré a déploré avoir appris, à l'occasion d'un entretien téléphonique, qu'INTRAS ne prenait plus en charge les frais de la F_____SA, auprès de laquelle il devait pourtant se faire réopérer. Il invitait INTRAS à lui indiquer ce qu'elle pouvait lui proposer.

3. Le 27 juin 2016, INTRAS a répondu à l'assuré que la CSS n'avait pas renouvelé sa convention tarifaire demi-privée et privée avec la F_____SA pour l'année 2019. Elle avait cependant signé des conventions avec d'autres cliniques genevoises et invitait l'assuré à discuter avec son médecin afin qu'il l'aiguille vers un établissement adapté.

4. Le 28 juin 2019, l'assuré a rétorqué que son chirurgien, le Professeur B_____, et lui-même ne comprenaient pas la décision d'INTRAS d'empêcher son opération à la F_____SA, dans la mesure où les tarifs étaient les mêmes d'une clinique à l'autre. Il souhaitait se faire opérer par ce médecin et sa décision était irrévocable.

5. Par courriels des 28 juin et 16 juillet 2019, la CSS a confirmé qu'une garantie de prise en charge ne pouvait être accordée. Les patients au bénéfice de l'assurance obligatoire des soins pouvaient librement choisir un hôpital dans toute la Suisse, mais pour autant que les prestations figurent sur la liste du canton de résidence du patient ou celle du canton où se situait l'hôpital. Dans le cadre de l'assurance complémentaire OPTIMA+, l'assuré pouvait également choisir un établissement hospitalier, mais seulement parmi ceux figurant sur la liste des établissements reconnus par un canton, selon l'art. 2.1 des conditions spéciales d'assurance (ci-après : les CSA), ce qui n'était toutefois pas le cas de la F_____SA. De surcroît, la convention tarifaire dont bénéficiait l'établissement n'avait pas été renouvelée. L'assurance proposait que l'assuré se fasse opérer à la clinique de la Source (où le Prof B_____ travaillait également), établissement qui était certes plus éloigné du domicile de l'assuré, mais offrait d'excellentes conditions de prise en charge.

6. Le 17 juillet 2019, l'assuré a été opéré à la F_____SA par le Prof B_____ (assisté par les docteurs C_____, chirurgien, et D_____, anesthésiste) en vue de l'installation d'une prothèse totale du genou gauche. L'assuré a été hospitalisé dans cette clinique jusqu'au 22 juillet 2019.

7. Diverses factures ont été transmises à INTRAS en lien avec cette intervention, soit :

- une facture de CHF 7'900.- émanant du Prof B_____ , datée du 22 juillet 2019 ;
- une facture de CHF 1'825.- établie par le Dr C_____, datée du 24 juillet 2019 ;
- une facture de CHF 2'907.- émanant du Dr D_____ , datée du 26 juillet 2019 ;
- une facture de CHF 1'825.- de la F_____SA pour des prestations médicales fournies par le docteur E_____ (visites médicales et assistance opératoire), datée du 26 juillet 2019 ;
- une facture de CHF 24'972.95 de la F_____SA pour des frais d'hospitalisation (frais de pension, de soins, prestations médico-techniques et matériel médical), datée du 26 août 2019.

8. Dans un courrier adressé à INTRAS le 24 septembre 2019, l'assuré a relevé que si la F_____SA ne figurait effectivement pas sur la planification cantonale des établissements admis à pratiquer à charge de l'assurance des soins, (selon une liste mise à jour par le Conseil d'État genevois le 7 février 2018), il n'en demeurait pas moins que les frais hospitaliers et médico-techniques auraient été pris en charge sans restriction si l'intervention du 17 juillet 2019 s'était déroulée dans une clinique figurant sur la planification cantonale. Or, la facturation de ces frais aurait été sensiblement identique. Il invitait donc INTRAS à prendre en charge la facture de la clinique du 26 juillet 2019 et à faire un geste commercial s'agissant de celle du 26 août 2019. S'agissant des trois factures établies par les médecins l'ayant opéré, elles devaient être prises en charge sur la base de son assurance complémentaire OPTIMA+, dès lors que, contrairement à ce qu'avait considéré INTRAS, la restriction figurant à l'art. 2.1 des CSA ne concernait de toute évidence pas les prestations médicales. Au demeurant, INTRAS avait déjà pris en charge sa prothèse, ce qui démontrait bien qu'une partie des soins prodigués était due.

9. Par pli du 1er octobre 2019, INTRAS a retourné à l'assuré la facture de la F_____SA (CHF 24'972.95), relevant que cet établissement ne disposait d'aucun mandat cantonal pour la chirurgie orthopédique et qu'elle n'avait reçu de sa part aucune demande préalable de prise en charge.

10. Par courrier du 9 octobre 2019, INTRAS a invité la F_____SA à lui restituer une somme de CHF 8'191.05, qu'elle avait versée par erreur suite au séjour stationnaire du 17 au 22 juillet 2019.

11. Dans un courrier adressé au représentant de l'assuré le 11 octobre 2019, INTRAS a réitéré son refus de prise en charge et confirmé que le montant de CHF 8'191.05 payé à la F_____SA l'avait été par erreur.

12. Par décision formelle du 7 janvier 2020, INTRAS a retenu que les honoraires privés du Prof B_____ (CHF 7'900.-), du Dr C_____ (CHF 1'825.-), du Dr D_____ (CHF 2'907.-), ainsi que la facture de la F_____SA (CHF 1'825.-) n'étaient pas à

charge de l'assurance obligatoire des soins. À cet égard, INTRAS réaffirmait que la F_____SA ne figurait plus sur la liste de la planification hospitalière cantonale pour les implantations d'endoprothèses du genou et que, de surcroît, les honoraires privés dont le remboursement était réclamé ne remplissaient pas les conditions de facturation de type DRG (*Diagnosis Related Groups*), de sorte que les conditions fixées par la législation fédérale sur l'assurance-maladie n'étaient pas remplies.

Une prise en charge n'était pas possible non plus au titre de l'assurance complémentaire OPTIMA+, dont les CSA prévoyaient que seuls étaient pris en charge les établissements reconnus par le canton. En outre, il n'existait plus de convention valable avec la F_____SA. Contrairement à ce que laissait entendre le demandeur, les honoraires des médecins faisaient partie intégrante de l'intervention et étaient liés au statut de l'hôpital dans lequel ils avaient opéré. Par ailleurs, toujours selon les CSA, l'assurance couvrait les frais supplémentaires de traitement et de pension en cas de séjour hospitalier, de sorte que le refus de prise en charge valait tant pour les factures hospitalières que pour les factures des médecins « privés ». Si l'assuré entendait contester la décision d'INTRAS dans la mesure où elle concernait l'assurance obligatoire, il pouvait former opposition et en tant qu'elle portait sur l'assurance complémentaire, il lui était loisible d'agir auprès des tribunaux civils compétents.

13. Le 7 février 2020, l'assuré a formé opposition contre la décision du 7 janvier 2020, arguant que, même si la F_____SA ne figurait plus sur la planification hospitalière cantonale, l'assurance de base devait intervenir au moins pour une partie des frais médicaux engendrés par l'état maladif de son genou gauche.

14. Le 10 mars 2020, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS) d'une demande contre INTRAS, concluant, sous suite de frais et dépens, à ce que celle-ci soit condamnée à lui verser la somme de CHF 12'632.-, avec intérêts à 5 % l'an dès le 24 septembre 2019.

Se référant aux principes généraux d'interprétation des contrats, singulièrement au principe *in dubio contra stipulatorem*, le demandeur a contesté le point de vue de l'assurance, selon lequel les honoraires des médecins l'ayant opéré n'étaient pas couverts, selon ses CSA, motif pris que ces prestations faisaient partie intégrante de l'intervention chirurgicale et étaient donc liées au statut de l'hôpital dans lequel celle-ci avait été pratiquée. Cette conclusion ne se déduisait pas de l'art. 2.1 des CSA, qui visait uniquement – comme le précisait son titre marginal – le choix par l'assuré de l'établissement hospitalier, à l'exclusion des fournisseurs de soins. Certes, la F_____SA ne figurait pas ou plus sur la planification cantonale genevoise 2019 pour les opérations du genou et partant, les frais de pension ne pouvaient être supportés par l'assurance complémentaire. Cependant, les CSA, examinées dans leur globalité, ne restreignaient pas la prise en charge des honoraires des médecins intervenants, qui n'étaient ni visés, ni même évoqués par l'art. 2.1 des CSA.

Étant donné qu'il avait été hospitalisé en division semi-privée, en raison d'une pathologie ayant nécessité une intervention chirurgicale, l'assurance devait prendre en charge, conformément à l'art. 3 des CSA, la totalité de ses frais de traitement, y compris les honoraires privés des médecins qui l'avaient opéré, lesquels totalisaient CHF 12'632.- (soit CHF 7'900.- pour le Prof B_____, CHF 1'825.- pour le Dr C_____ et CHF 2'907.- pour le Dr D_____).

15. Par courrier des 12 et 24 mars 2020, la CJCAS a accusé réception de la demande et invité les parties à lui indiquer si elles sollicitaient la tenue d'une audience de débats, précisant qu'à défaut d'indication en ce sens, il serait considéré qu'elles y renonçaient.

16. Dans sa réponse du 8 avril 2020, la défenderesse a conclu au rejet de la demande, sous suite de frais et dépens, tout en précisant renoncer à une audience de débats.

    Les prétentions du demandeur tendant à la prise en charge des honoraires de ses médecins n'étaient pas couvertes par le produit « UNO+ », car les honoraires de médecins pour leurs traitements stationnaires n'entraient pas dans son champ d'application. Ces prétentions n'étaient pas non plus couvertes par l'assurance « OPTIMA+ », dont les CSA (art. 1.1 et 2.1) stipulaient qu'elle couvrait les « frais supplémentaires de traitement et de pension en cas de séjour hospitalier […] dans un établissement hospitalier public ou privé parmi ceux figurant sur la liste des établissements reconnus par un canton (planification cantonale) ». Le risque assuré était donc une hospitalisation ayant lieu dans un établissement hospitalier figurant sur la liste des établissements reconnus par un canton. En l'occurrence, l'établissement F_____SA ne figurait pas sur la liste cantonale pour la prestation fournie au demandeur. Contrairement à ce que prétendait le demandeur, les CSA d'OPTIMA+ étaient claires à cet égard et ne nécessitaient aucune interprétation. Si le demandeur avait souhaité couvrir le risque d'une hospitalisation dans n'importe quel établissement hospitalier de Suisse, il aurait dû conclure une autre assurance, dont le coût aurait été supérieur. En concluant l'assurance OPTIMA+, le demandeur savait qu'elle ne couvrait que les cliniques ayant un mandat de prestation cantonal. En outre, avant l'intervention chirurgicale, la défenderesse avait expliqué plusieurs fois au demandeur et à son médecin que l'opération n'était pas couverte, tout en lui proposant des alternatives. Le demandeur avait décidé de ne pas suivre ces prescriptions et avait donc perdu son droit aux prestations, selon ses conditions générales (art. 18.3). D'un point de vue médical, il n'était pas indiqué de se faire opérer dans l'établissement F_____SA, qui rencontrait depuis plusieurs années des problèmes d'efficacité et de qualité, selon un arrêt du Tribunal administratif fédéral. En outre, l'établissement s'était vu interdire par le médecin cantonal genevois l'utilisation des blocs opératoires jusqu'à leur mise en conformité. Il n'incombait donc pas à la défenderesse de prendre en charge les trois factures d'honoraires litigeuses.

À l'appui de sa réponse, la défenderesse a joint un bordereau comprenant diverses pièces, dont la copie du courrier, daté du 6 juin 2018, par lequel elle a résilié sa convention tarifaire avec la F_____SA.

17. Le demandeur a répliqué le 4 mai 2020, persistant dans ses conclusions. C'était de manière infondée que la défenderesse se prévalait d'une violation de l'art. 18.3 des conditions générales d'assurance, disposition qui ne s'appliquait pas dans son cas, mais concernait les prescriptions de nature médicale (« l'assuré doit suivre les prescriptions médicales et accepter, le cas échéant, de se faire examiner par un médecin désigné par INTRAS […], faute de quoi il perd son droit aux prestations »). Or, il n'avait pas refusé de se faire examiner par un autre médecin à la demande de la défenderesse. S'agissant des décisions judiciaires invoquées, la défenderesse ne s'en était jamais prévalue auparavant et ne pouvait valablement lui reprocher, a posteriori, de ne pas avoir suivi des prescriptions d'ordre médical non invoquées jusqu'alors. L'art. 1.1 des CSA – qui définissait l'étendue de l'assurance – ne précisait pas que pour que les frais de traitement soient couverts le séjour devait avoir lieu dans un établissement figurant sur la planification cantonale ; seul le choix de l'établissement était restreint à l'art. 2.1 des CSA. Dès lors qu'OPTIMA+ couvrait les frais de traitement et les frais de pension en cas de séjour hospitalier, mais que seul le choix de l'établissement hospitalier était restreint, vu la nécessité de figurer sur la liste des établissements reconnus par le canton, il fallait considérer que les honoraires privés des médecins l'ayant opéré étaient couverts par le produit OPTIMA+ et devaient lui être remboursés, que l'intervention ait eu lieu ou non dans un établissement reconnu. Les développements de la défenderesse relatifs au fait que l'établissement lui-même ne figurait pas dans la planification cantonale étaient dénués de pertinence, puisqu'il ne demandait pas le remboursement de ses frais de séjour, mais le remboursement de ses frais de traitement. Enfin, il était sans pertinence que la défenderesse soit soumise à la surveillance de la FINMA ou qu'elle soit débitrice d'une obligation de transparence.

18. La défenderesse a dupliqué le 4 juin 2020, maintenant ses conclusions tendant au rejet de la demande. Le demandeur ne pouvait prétendre ignorer l'absence de convention conclue entre la F_____SA et INTRAS, puisque son médecin et lui-même en avaient été informés, les 27 et 28 juin 2019. En outre, la planification hospitalière cantonale genevoise était publique et constituait un fait notoire. Il incombait au demandeur de se renseigner sur l'existence d'un mandat de prestation cantonal pour l'opération prévue auprès de la clinique qu'il avait choisie, notamment après qu'INTRAS l'avait informé de son refus de prise en charge. Par ailleurs, selon ses conditions générales, « les prestations [n'étaient] pas accordées pour [d]es traitements non reconnus par le Conseil fédéral dans le cadre de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) […] ». Or, faute de mandat de prestation cantonal pour la F_____SA, l'intervention ne remplissait pas les conditions fixées par la législation fédérale sur l'assurance-maladie et c'était à bon droit qu'elle avait

refusé de prendre en charge les factures litigieuses. Selon la jurisprudence, il était possible que les médecins établissent des factures concernant des frais supplémentaires, tandis que la doctrine jugeait que le forfait pour l'assurance obligatoire des soins couvrait tous les frais du traitement médical. Indépendamment de cette question-là, il se posait encore la question de savoir si les trois factures litigieuses étaient prises en charge par l'assurance-complémentaire OPTIMA+, et pour quelle part. À cet égard, le demandeur n'avait pas prouvé quelle part des factures litigieuses était la « part complémentaire, après déduction de la part selon SwissDRG, position I43C, et la part pour la division semi-privée ». Le demandeur ne pouvait passer outre les nombreux avertissements et refus de prise en charge qui lui avaient été communiqués avant l'intervention, ainsi que la solution alternative que la défenderesse lui avait proposée. S'agissant enfin de l'argumentation relative aux exigences de la FINMA, la défenderesse relevait que les factures ne respectaient pas le principe de la transparence, puisqu'elles ne précisaient notamment pas le temps consacré ou la difficulté de l'acte. C'était également en raison d'un manque de transparence qu'INTRAS avait résilié la convention tarifaire avec la F_____SA.

19. Par écritures des 10 et 29 juin 2020, le demandeur a rétorqué que la seule question à trancher était celle de savoir si, malgré le retrait de la F_____SA de la planification cantonale pour les opérations de chirurgie orthopédique, les frais médicaux engendrés par l'intervention du 17 juillet 2019 devaient être pris en charge par l'assurance complémentaire OPTIMA+. L'objet du litige concernait donc seulement l'application concrète des conditions générales et spéciales d'assurance. La défenderesse ne pouvait se prévaloir de l'art. 18.3 de ses conditions générales pour refuser de prester, car cette disposition visait un autre objet, soit l'obligation pour l'assuré de suivre les prescriptions médicales de l'assureur et de se faire examiner par un médecin désigné par l'assureur. En l'occurrence, il n'avait pas été invité à se faire examiner par un autre médecin, ni ne s'était vu opposer la moindre prescription médicale. Par ailleurs, dans la mesure où la défenderesse se prévalait d'une autre disposition contractuelle selon laquelle les prestations n'étaient pas accordées pour des traitements non reconnus par le Conseil fédéral dans le cadre de la loi fédérale sur l'assurance-maladie le demandeur rétorquait qu'une chirurgie orthopédique effectuée par un médecin autorisé à pratiquer était reconnue dans le cadre de la loi fédérale sur l'assurance-maladie. D'ailleurs, la défenderesse admettait que ce traitement aurait pu avoir lieu dans une autre clinique, notamment celle de la Source. Enfin, l'argumentation de la défenderesse tirée du principe de transparence ne la concernait pas et était donc dénuée de pertinence. Il était incontesté que, si l'opération avait eu lieu dans un établissement reconnu, par exemple à la clinique de la Source, la défenderesse aurait pris en charge les honoraires des médecins intervenants. Comme le traitement chirurgical relevait de la catégorie semi-privée, un tarif était inapplicable et les honoraires pouvaient être facturés en tarif libre. Enfin, le demandeur s'en rapportait à la justice quant à la nécessité de tenir une audience de débats.

20. Par écriture du 21 juillet 2020, la défenderesse a réaffirmé qu'à défaut d'un mandat de prestation cantonal, l'opération à la F_____SA ne remplissait pas les conditions fixées par la législation fédérale sur l'assurance-maladie. Le demandeur ne pouvait faire fi des avertissements qu'elle lui avait communiqués concernant un refus de prise en charge, ainsi que de la solution alternative qu'elle lui avait proposée.

21. Le 27 juillet 2020, le demandeur a relevé que les dispositions invoquées par la défenderesse ne trouvaient pas application, puisqu'elles visaient la prise en charge de coûts d'hospitalisation, alors que sa demande portait sur les frais médicaux relatifs à une intervention chirurgicale.

22. Par écriture du 20 août 2020, la défenderesse a souligné derechef que selon ses CSA et ses conditions générales, qui reprenaient les dispositions topiques de la législation fédérale sur l'assurance-maladie, une prise en charge par l'assurance complémentaire OPTIMA+ était conditionnée à un séjour dans un « établissement hospitalier public ou privé figurant sur la liste des établissements reconnus par un canton (planification cantonale) ». Pour le reste, le demandeur ne pouvait être suivi lorsqu'il tentait de séparer les honoraires des médecins du reste des frais de traitement relatifs à son hospitalisation à la F_____SA, puisque les médecins n'auraient pas pu l'opérer sans l'infrastructure et le personnel de cette clinique. La prise en charge des honoraires des médecins était donc bel et bien tributaire du point de savoir si cette clinique figurait sur la liste des établissements reconnus par le canton.

23. Par écriture du 24 août 2020, le demandeur a répété que seul le choix de l'établissement hospitalier était restreint par les conditions d'assurance. Sa demande portait sur le remboursement des frais médicaux liés à l'opération et il était vain de plaider que ces frais découlaient du choix de l'établissement hospitalier. En effet, ces frais auraient de toute manière été pris en charge s'il s'était fait opérer dans un établissement inscrit sur la planification cantonale.

24. Cette écriture a été transmise à la défenderesse, pour information, le 25 août 2020. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. a. 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 LCA.

   À teneur des conditions générales (CGA) et spéciales (CSA) d'assurance produites par le demandeur, ce dernier était lié à la défenderesse par un contrat d'assurance complémentaire « OPTIMA+ » soumis à la LCA (art. 2 des CGA). La chambre de céans est donc compétente à raison de la matière pour statuer sur la demande.

b. S'agissant de la compétence à raison du lieu, 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 1er 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 les personnes morales, 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.

L'art. 26.2 des CGA de la défenderesse prescrit qu'en cas de contestation, l'ayant droit peut ouvrir action contre INTRAS auprès des tribunaux compétents de son domicile en Suisse ou auprès de ceux du siège d'INTRAS à Lausanne.

En l'occurrence, le demandeur étant domicilié dans le canton de Genève, la chambre de céans est compétente à raison du lieu pour connaître de la demande.

c. Pour le reste, la demande respecte les conditions formelles prescrites par les art. 130 et 244 CPC ainsi que les autres conditions de recevabilité prévues par l'art. 59 CPC, de sorte qu'elle est recevable.

2. Les litiges relatifs aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie ne sont pas soumis à la procédure de conciliation préalable de l'art. 197 CPC lorsque les cantons ont prévu une instance cantonale unique selon l'art. 7 CPC (ATF 138 III 558 consid. 4.5 et 4.6 ; ATAS/577/2011 du 31 mai 2011), comme c'est le cas dans le canton de Genève (art. 134 al. 1 let. c LOJ).

3. a. 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) et la chambre de céans établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC).

La jurisprudence applicable avant l'introduction du CPC, prévoyant l'application de la maxime inquisitoire sociale aux litiges relevant de l'assurance-maladie complémentaire, reste pleinement valable (ATF 127 III 421 consid. 2). Selon cette maxime, le juge doit établir d'office les faits, mais les parties sont tenues de lui présenter toutes les pièces nécessaires à l'appréciation du litige. Le juge ne doit pas instruire d'office le litige lorsqu'une partie renonce à expliquer sa position. En revanche, il doit interroger les parties et les informer de leur devoir de collaboration et de production des pièces ; il est tenu de s'assurer que les allégations et offres de preuves sont complètes uniquement lorsqu'il a des motifs objectifs d'éprouver des doutes sur ce point. L'initiative du juge ne va pas au-delà de l'invitation faite aux parties de mentionner leurs moyens de preuve et de les présenter. La maxime inquisitoire sociale ne permet pas d'étendre à bien plaire l'administration des preuves et de recueillir toutes les preuves possibles (ATF 125 III 231 consid. 4a).

b. La maxime inquisitoire sociale ne modifie pas la répartition du fardeau de la preuve (arrêt du Tribunal fédéral 4C.185/2003 du 14 octobre 2003 consid. 2.1). Pour toutes les prétentions fondées sur le droit civil fédéral, l'art. 8 du Code civil suisse, du 10 décembre 1907 (CC ; RS 210), en l'absence de règles contraires, répartit le fardeau de la preuve et détermine, sur cette base, laquelle des parties doit assumer les conséquences de l'échec de la preuve (ATF 133 III 323 consid. 4.1 non

publié ; ATF 130 III 321 consid. 3.1 ; ATF 129 III 18 consid. 2.6 ; ATF 127 III 519 consid. 2a).

c. En vertu de l'art. 8 CC, chaque partie doit, si la loi ne prescrit le contraire, prouver les faits qu'elle allègue pour en déduire son droit. En conséquence, la partie qui fait valoir un droit doit prouver les faits fondant ce dernier, tandis que le fardeau de la preuve relatif aux faits supprimant le droit, respectivement l'empêchant, incombe à la partie, qui affirme la perte du droit ou qui conteste son existence ou son étendue. Cette règle de base peut être remplacée par des dispositions légales de fardeau de la preuve divergentes et doit être concrétisée dans des cas particuliers (ATF 128 III 271 consid. 2a/aa avec références). Ces principes sont également applicables dans le domaine du contrat d'assurance (ATF 130 III 321 consid. 3.1).

La partie qui n'a pas la charge de la preuve a le droit d'apporter une contre-preuve. Elle cherchera ainsi à démontrer des circonstances propres à faire naître chez le juge des doutes sérieux sur l'exactitude des allégations formant l'objet de la preuve principale. Pour que la contre-preuve aboutisse, il suffit que la preuve principale soit ébranlée, de sorte que les allégations principales n'apparaissent plus comme les plus vraisemblables (ATF 130 III 321 consid. 3.4). Le juge doit procéder à une appréciation d'ensemble des éléments qui lui sont apportés et dire s'il retient qu'une vraisemblance prépondérante a été établie (ATF 130 III 321 consid. 3.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_61/2011 du 26 avril 2011 consid. 2.1.1).

4. Est litigieuse la prise en charge par la défenderesse, au titre de l'assurance-maladie complémentaire (OPTIMA+), des honoraires des médecins intervenus lors de l'opération du 17 juillet 2019.

Bien que le litige concerne d'éventuelles prestations à charge d'une assurance-maladie complémentaire, un rappel de quelques règles applicables à l'assurance obligatoire des soins n'en reste pas moins indiqué, dans la mesure où les montants susceptibles d'être à la charge de la défenderesse rémunèrent des prestations non (entièrement) couvertes par l'assurance obligatoire des soins et où les CSA litigieuses s'inspirent des règles prévues par la LAMal en ce qui concerne le choix des établissements hospitaliers, comme on va le voir.

5. a. La LAMal définit les personnes et institutions admises à fournir des prestations à la charge de l'assurance-maladie (art. 35 al. 1 LAMal). Concernant les « hôpitaux et autres institutions », l'art. 39 LAMal précise les conditions de leur admission à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie, dont celles de correspondre à la planification établie par un canton ou, conjointement, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers (al. 1 let. d) et de figurer sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats (al. 1 let. e). Les cantons coordonnent leurs planifications (al. 2). 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. 2ter).

b. En cas de traitement hospitalier, l'assuré a le libre choix entre les hôpitaux aptes à traiter sa maladie, dans toute la Suisse, à condition qu'ils figurent sur la liste de son canton de résidence ou celle du canton où se situe l'hôpital, autrement dit qu'il s'agisse d'hôpitaux dits répertoriés (art. 41 al. 1bis LAMal), les cas d'urgence et de prestations nécessaires ne pouvant être fournies dans un hôpital du canton de résidence restant réservés (art. 41 al. 3 et 3bis LAMal). 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 (art. 41 al. 1bis LAMal).

c. La condition précitée de figurer sur la liste cantonale pour qu'un hôpital puisse pratiquer à la charge de l'assurance-maladie et la limitation en résultant pour les assurés de choisir librement l'hôpital dans lequel ils entendent être hospitalisés sont relativisées dans la mesure où, selon l'art. 49a al. 4 LAMal, les assureurs peuvent conclure avec les hôpitaux ou les maisons de naissance non répertoriés au sens de l'art. 39 LAMal, mais qui remplissent les conditions fixées aux art. 38 et 39 al. 1 let. a à c LAMal, des conventions sur la rémunération des prestations fournies au titre de l'assurance obligatoire des soins (Gebhart EUGSTER, Krankenversicherung, in Sécurité sociale, éd. par Ulrich MEYER, 3ème éd., 2016, vol. XIV, p. 651, n. 788 i.f., p. 669 ss, n. 854 ss ; sur l'ensemble de la question, cf. Stéphanie PERRENOUD, L'assurance-maladie, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, p. 1 ss, n. 145 ss, 150 s., 181 ss, 211 ss, 322 ss, n. 354 s., 361 ss, 396 ss, 414).

d. Selon l'art. 49 LAMal, pour rémunérer les traitements hospitaliers, y compris le séjour et les soins à l'hôpital ou dans une maison de naissance, les parties à une convention conviennent de forfaits, en règle générale de forfaits par cas (al. 1 phr. 1 et 2). L'art. 49 al. 2 phr. 1 LAMal précise que les partenaires tarifaires instituent, conjointement avec les cantons, une organisation compétente pour l'élaboration, le développement, l'adaptation et la maintenance des structures (donc du système tarifaire de rémunération des prestations hospitalières). Cette organisation a été créée sous la forme d'une société anonyme d'utilité publique, SwissDRG SA, dont les actionnaires sont la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), les hôpitaux de Suisse (H+), les assureurs-maladie suisses (Santésuisse), la Commission des tarifs médicaux LAA (CTM) et la Fédération des médecins suisses (FMH). Pour la rémunération des traitements hospitaliers, SwissDRG SA a adopté une structure tarifaire, uniforme sur tout le territoire suisse, à savoir un système de forfaits par cas qui attribue un cas hospitalier global en fonction de certains critères comme les diagnostics, les traitements, etc., à un groupe de cas et qui l'indemnise au moyen d'un forfait. Le système SwissDRG comprend au total environ 1'000 groupes de cas ; chaque groupe ou DRG (*Diagnosis Related Group*) réunit des cas de traitement homogènes sur le plan

médical et économique (ATAS/430/2016 du 1er juin 2016 consid. 3f ; Bettina HOLZER, SwissDRG – L'essentiel en bref, in Bulletin des médecins suisses 2012 p. 1079 ss ; Gebhart EUGSTER, op. cit., p. 385 ss, n. 1018 ss ; Stéphanie PERRENOUD, L'assurance-maladie, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, op. cit., n. 212 et 367).

6. a. La couverture d'assurance résultant de l'assurance obligatoire des soins prévue par la LAMal peut être étendue par la conclusion d'assurances complémentaires, qui sont soumises au droit privé et régies par la LCA. De telles assurances peuvent être souscrites dans le domaine des soins ambulatoires (par exemple pour la couverture notamment des frais de sauvetage à l'étranger, des coûts de médecines parallèles, de soins dentaires, de médicaments non admis dans la liste des spécialités), dans le secteur stationnaire (par exemple pour la couverture de l'hospitalisation en division commune dans toute la Suisse, le séjour en division privée ou semi-privée), comme aussi en matière d'indemnités journalières, le cas échéant en sus de l'assurance d'indemnités journalières facultative, soumise au droit public, que les art. 67 ss LAMal permettent de conclure (cf. Stéphanie PERRENOUD, op. cit., n. 19, 147, 211, 350, 368, 409 ; Guy LONGCHAMP, Conditions et étendue du droit aux prestations de l'assurance-maladie sociale en cas de séjour à l'hôpital, en établissement médico-social et/ou en cas de soins à domicile, IRAL n° 30, 2004, p. 263 s., 342 ss, 370 ss, 430 ss ; Bernard VIRET, Assurances-maladies complémentaires et loi sur le contrat d'assurance, in LAMal – KVG, Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, IRAL n° 17, 1997, p. 665-702 ; Alfred MAURER, Verhältnis obligatorische Krankenversicherung und Zusatzversicherung, in LAMal – KVG, Recueil de travaux précité, p. 703-734 ; Vincent BRULHART, Quelques remarques relatives au droit applicable aux assurances complémentaires dans le nouveau droit de la LAMal, in LAMal – KVG, Recueil de travaux précité, p. 735-755).

b. Les relations juridiques entre l'assuré et l'assureur-maladie complémentaire sont précisées par les conditions générales d'assurance et la police d'assurance, à comprendre à l'aune de la LCA, mais aussi, en tant qu'elles visent à assurer une couverture complémentaire à celle de l'assurance obligatoire des soins, du système mis en place par la LAMal (Bernard VIRET, op. cit., p. 690).

c. L'étendue du risque constitue l'un des points essentiels du contrat. Puisqu'il existe a priori une assurance régie par la LAMal, c'est nécessairement par rapport à elle que s'articulent les protections complémentaires réglementées par les conditions d'assurance et la LCA. Il en découle, du point de vue de la technique juridique de délimitation des risques, que les conditions des contrats d'assurance recourent au procédé des « exclusions indirectes », par lequel les conditions contractuelles circonscrivent les risques de manière positive : est couvert uniquement ce qui entre dans la définition restrictive donnée par les conditions

(générales, complémentaires, spéciales ou particulières) du contrat. Une telle manière de procéder permet aux assurés de choisir une couverture complémentaire « à la carte ». C'est ainsi que l'on trouve sur le marché des assurances aussi diverses que : les frais de traitement hospitalier non couverts par l'assurance obligatoire en division commune dans un établissement hospitalier dans toute la Suisse, sans limite de durée ; la participation aux frais de traitement par un médecin non conventionné, ainsi qu'aux frais de prévention, aux médicaments hors liste, cures, aides à domicile, lunettes, transport, médecine naturelle, etc. ; les frais supplémentaires de traitement et de pension en cas de séjour hospitalier en division privée ou semi-privée d'un établissement hospitalier public ou privé ; la participation aux frais de cure, d'aide à domicile, de transport, de recherche et de sauvetage, les frais de soins dentaires non consécutifs à un accident prodigués par un médecin-dentiste (Bernard VIRET, op. cit., pp. 689-690).

7. a. Les conditions contractuelles générales que les parties en litige ont convenu d'intégrer à leur propre contrat, telles des conditions générales d'assurance, s'interprètent en principe de la même manière que tout autre accord entre cocontractants (ATF 122 III 118 consid. 2a p. 121). Il n'est d'ordinaire pas possible de mettre en évidence une intention réelle et commune des deux parties sur des points que l'une d'elles a réglés seule et par avance dans les conditions générales ; le juge doit donc rechercher comment le texte pouvait être compris de bonne foi, selon le principe de la confiance (cf. ATF 135 III 410 consid. 3.2 p. 412 ; 133 III 675 consid. 3.3 p. 681), par celle des parties qui a adhéré aux conditions convenues sans avoir pris part à leur rédaction. Subsidiairement, en présence de conditions ambiguës dont le principe de la confiance ne permet pas d'élucider entièrement le sens, le juge doit retenir l'acception la plus favorable à cette partie-ci selon l'adage *in dubio contra stipulatorem* (arrêt du Tribunal fédéral 4A_107/2020 du 23 juin 2020 consid. 7.1 ; ATF 122 III 118 consid. 2a p. 121 ; 118 II 342 consid. 1a p. 344 ; voir aussi ATF 133 III 61 consid. 2.2.2.3 p. 69).

Lorsque la teneur d'une clause contractuelle paraît limpide à première vue, il peut résulter d'autres conditions du contrat, du but poursuivi ou d'autres circonstances que le texte de cette clause ne restitue pas exactement le sens de l'accord conclu. Il n'y a cependant pas lieu de s'écarter du sens littéral du texte adopté par les cocontractants lorsqu'il n'y a aucune raison sérieuse de penser que celui-ci ne corresponde pas à leur volonté (ATF 135 III 295 consid. 5.2 i.f. p. 302 ; 131 III 606 consid. 4.2 p. 611 ; 130 III 417 consid. 3.2).

b. L'art. 33 LCA prévoit que, sauf disposition contraire de la loi, l'assureur répond de tous les événements qui présentent le caractère du risque contre les conséquences duquel l'assurance a été conclue, à moins que le contrat n'exclue certains événements d'une manière précise, non équivoque. Il découle de cette disposition que, si tout événement qui relève du risque assuré fonde a priori un droit à l'indemnisation lorsqu'il se réalise, les parties peuvent convenir - généralement sous la forme de dispositions préformulées dans les conditions générales

d'assurance - de clauses d'exclusion qui limitent l'étendue de la couverture d'assurance par rapport à certains événements, à certaines personnes ou à certains biens, ou encore en raison des circonstances dans lesquelles un sinistre survient (VIRET, Les Clauses d'exclusion des contrats d'assurance, en particulier dans les assurances automobiles, in RSA 62/1994 p. 247 ss, 248 s.). À côté de telles exclusions directes, pour lesquelles les parties recourent à une formulation du type « tout est couvert, sauf... », la pratique connaît aussi la forme des exclusions indirectes, en ce sens que les conditions d'assurance délimitent d'entrée de cause de façon restrictive le risque couvert (VIRET, op. cit., p. 249).

La distinction entre exclusions directes et indirectes a des effets notamment sur la répartition du fardeau de la preuve : en cas d'exclusion directe, il incombe tout d'abord à l'ayant droit d'établir qu'il s'est produit un événement présentant le caractère du risque contre les conséquences duquel l'assurance a été conclue conformément à l'art. 8 CC, il incombe ensuite à l'assureur, s'il entend se prévaloir d'une clause d'exclusion, de faire la preuve de l'existence de conditions justifiant l'exclusion de couverture dans le cas d'espèce. En revanche, en cas d'exclusion indirecte, qui découle d'une délimitation d'emblée restrictive du risque couvert, la preuve que les conditions (restrictives) de couverture sont remplies incombe à l'ayant droit (VIRET, op. cit., p. 252 s.).

8. a. En l'occurrence, il est constant que le demandeur a été opéré le 17 juillet 2019 auprès de la F_____SA en vue de la pose d'une prothèse totale du genou gauche (prothèse de la rotule et libération du tendon rotulien) et qu'à la suite de cette intervention, il a séjourné auprès de ce même établissement jusqu'au 22 juillet 2019.

Il est également incontesté que la F_____SA ne figurait pas sur la liste du canton de Genève répertoriant les établissements admis à facturer leurs prestations à charge de l'assurance obligatoire des soins (art. 39 al. 1 let. e et 41 al. 1bis LAMal) pour l'année 2019.

b. Le demandeur soutient toutefois que les prestations médicales afférentes à son opération, singulièrement les honoraires des médecins l'ayant opéré (totalisant CHF 12'632.-), doivent être prises en charge par la défenderesse sur la base de son assurance complémentaire OPTIMA+, dans la mesure où les CSA restreindraient uniquement la prise en charge des frais du séjour hospitalier, mais pas celle des honoraires « privés » des médecins l'ayant opéré. Le demandeur se réfère à cet égard aux art. 1.1, 2.1 et 3 des CSA d'OPTIMA+.

De son côté, la défenderesse soutient que les prétentions du demandeur tendant à la prise en charge des honoraires de ses médecins ne sont pas couvertes par « OPTIMA+ », laquelle assure – d'après le texte clair des CSA – le risque d'une hospitalisation ayant lieu dans un établissement hospitalier couvert par la planification cantonale, ce qui n'est pas le cas de la F_____SA. Par ailleurs, elle estime que le demandeur ne peut être suivi lorsqu'il tente de dissocier les

honoraires des médecins du reste des frais de traitement relatifs à son hospitalisation à la F_____SA, dans la mesure où les médecins n'auraient pas pu l'opérer sans l'infrastructure et le personnel de cette clinique.

c. Avant toute chose, il convient de rappeler la teneur des principales dispositions litigieuses ressortant des CSA de l'assurance complémentaire OPTIMA+ :

Art. 1 Étendue de l'assurance

1.1. La présente assurance complémentaire permet de couvrir les frais supplémentaires de traitement et de pension en cas de séjour hospitalier, selon la variante assurée (division privée – chambre à un lit ou semi-privée – chambre à plus d'un lit), dans un établissement hospitalier public ou privé.

1.2. Elle garantit également des contributions pour certains autres frais en rapport avec une hospitalisation, aux conditions des articles ci-après.

Art. 2 Choix de l'établissement hospitalier

2.1. Sauf cas d'urgence, l'assuré peut choisir librement un établissement hospitalier public ou privé parmi ceux figurant sur la liste des établissements reconnus par un canton (planification cantonale).

2.2. L'assuré doit choisir librement un établissement hospitalier ou une division d'établissement correspondant au type de soins dont il a besoin.

Art. 3 Séjours hospitaliers

En cas d'hospitalisation, INTRAS prend en charge selon la couverture convenue (privée ou semi-privée) la totalité des frais de traitement et de pension, sans limite de durée ni de montant, sous réserve des cas prévus aux articles 4, 5 et 6 des présentes conditions.

9. a. À la lecture du contrat et notamment des dispositions contractuelles reproduites ci-dessus, la chambre de céans constate que les CSA d'OPTIMA+ s'alignent sur le régime mis en place par la LAMal, mais pour les prestations supplémentaires convenues, en posant le principe de la couverture des frais supplémentaires de traitements et de pension en cas de séjour hospitalier, mais tout en limitant le choix de l'établissement hospitalier à ceux qui figurent sur la « liste des établissements reconnus par un canton (planification cantonale), ce par quoi il faut comprendre la liste cantonale des hôpitaux visée à l'art. 39 al. 1 let. e LAMal (donc des hôpitaux répertoriés). À ce propos, on observe que l'art. 2 des CSA reprend en réalité - moyennant une formulation très légèrement différente - la teneur de l'art. 41 LAMal (al. 1^{bis} et al. 3), disposition qui n'offre au patient, pour tout traitement hospitalier à l'exception essentiellement des cas d'urgence, qu'un libre choix parmi les hôpitaux figurant sur la liste de son canton de résidence ou celle du canton où se situe l'hôpital (hôpital répertorié).

b. Selon la jurisprudence rendue en matière d'assurance obligatoire des soins – à laquelle il convient ici de se référer dans la mesure où le contrat d'assurance LCA

restreint le choix de l'établissement hospitalier de la même façon que la LAMal –, l'institution qui ne figure pas sur la liste hospitalière d'un canton n'est pas légitimée à facturer à charge de l'assurance obligatoire des soins les coûts causés par le séjour d'assurés, aucune dérogation par voie d'interprétation au sens littéral de l'art. 39 al. 1 let. e LAMal n'étant possible (arrêts du Tribunal fédéral 9C_618/2009 du 14 avril 2010 consid. 2.1 et K 137/04 du 21 mars 2006 consid. 3.3, in SVR 2006 KV n° 30 p. 107 ; voir aussi GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in Soziale Sicherheit, SBVR, 2ème éd., p. 652, n° 772).

c. À la lecture des CSA – en particulier de ses art. 1 et 2 décrivant l'étendue de l'assurance et le choix de l'établissement hospitalier –, le demandeur devait comprendre de bonne foi qu'il était couvert en cas de séjour hospitalier (en division semi-privée), mais seulement dans un établissement hospitalier faisant partie de la planification du canton de Genève. La F_____SA en était précisément exclue, et la convention tarifaire liant cet établissement à INTRAS avait été résiliée avec effet au 31 décembre 2018, comme la défenderesse le lui avait indiqué par téléphone, puis par courriers (respectivement courriels) datés des 27, 28 juin et 16 juillet 2019. Malgré le refus de la défenderesse de prendre en charge l'intervention du 17 juillet 2019 et la proposition faite au demandeur de se faire opérer dans une autre clinique (où travaillait le même chirurgien), l'intéressé a choisi de se faire opérer à la F_____SA, soit dans un établissement ayant été retiré de la planification cantonale pour la chirurgie orthopédique et n'ayant plus de convention tarifaire avec la défenderesse. Étant donné que les conditions fixées par les CSA (art. 2.1) n'étaient pas remplies, le demandeur ne pouvait valablement prétendre à la prise en charge par la défenderesse de l'opération et du séjour hospitalier en cause, au titre de l'assurance complémentaire OPTIMA+. Comme le fait remarquer la défenderesse, si le demandeur souhaitait faire couvrir le risque d'une hospitalisation dans n'importe quel établissement hospitalier en Suisse (sans limiter son choix aux établissements répertoriés), il lui appartenait de conclure une autre assurance complémentaire (la défenderesse cite à cet égard un extrait du contrat relatif à son assurance d'hospitalisation « myFlex Premium »).

d. Le demandeur ne peut raisonnablement déduire des CSA d'OPTIMA+ que cette assurance devrait couvrir les honoraires « privés » des médecins l'ayant opéré, sous prétexte que le contrat n'exclurait pas textuellement la prise en charge de tels honoraires. Par son argumentation, le demandeur perd de vue que les CSA circonscrivent le risque de manière positive (procédé dit des « exclusions indirectes », par opposition aux « exclusions directes », pour lesquelles les parties recourent à une formulation du type « tout est couvert, sauf... ») en précisant d'entrée de cause (art. 1 et 2) que l'assurance couvre « les frais supplémentaires de traitement et de pension en cas de séjour hospitalier » et que l'assuré ne peut choisir son établissement que parmi ceux figurant sur la liste des établissements reconnus par le canton. En pareilles circonstances, c'est au demandeur qu'il incombe de prouver que les conditions (restrictives) de couverture sont remplies – en

l'occurrence que le risque assuré d'une hospitalisation dans un établissement figurant sur la liste hospitalière genevoise est réalisé –, ce dont l'intéressé ne fait nullement la démonstration dans ses écritures. Lorsque l'hospitalisation n'a pas lieu dans un établissement répertorié, il ressort clairement du contrat (art. 1 et 2 des CSA) que les frais de traitement ne sont pas pris en charge par l'assurance et l'on peut donc s'attendre à ce que les honoraires des médecins ne le soient pas davantage. Aussi, à l'inverse de ce que semble croire le demandeur et dans la mesure où cela se déduit déjà sans ambiguïté du contrat, la défenderesse n'avait pas à stipuler expressément dans les CSA que la prise en charge d'honoraires médicaux était exclue en cas d'hospitalisation dans un établissement non répertorié. Dans ce contexte, la référence que fait le demandeur au principe « *in dubio contra stipulatorem* » se révèle dénuée de pertinence.

e. Enfin, contrairement à ce que fait valoir le demandeur, il n'y a pas lieu de dissocier l'examen des honoraires des médecins ayant réalisé l'opération de celui des coûts du séjour hospitalier (en ce sens que le refus de prise en charge serait justifié pour les frais d'hébergement, mais pas en ce qui concerne les honoraires des médecins). En effet, outre les explications fournies par la défenderesse pour justifier un examen conjoint de ces prestations (notamment le fait que le demandeur n'aurait pas pu être opéré sans l'infrastructure et le personnel de la clinique), il est notoire que le type d'opération qu'a subi l'assuré – pose d'une prothèse totale du genou gauche – implique nécessairement une hospitalisation, compte tenu des risques de complications et de la nécessité de pratiquer une surveillance post-opératoire. L'opération ne pouvant être envisagée sans séjour hospitalier, c'est à bon droit que la défenderesse a examiné – et refusé – la prise en charge du traitement médical (honoraires liés à l'opération) au même titre que celle du séjour hospitalier. Dans ce contexte on relèvera incidemment que si, lorsqu'un assuré séjourne dans une division privée ou semi-privée d'un hôpital, il est fréquent que le traitement médical soit pris en charge par un médecin indépendant choisi librement par le patient (alors que l'hôpital n'assure que l'hébergement et les soins hospitaliers) et que ce libre choix du médecin entraîne des différences tarifaires qui peuvent, selon les cas, être couvertes par une assurance-maladie complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_276/2011 du 3 janvier 2012 consid. 4.2), tel ne saurait être le cas en l'occurrence, dès lors que l'établissement choisi par le demandeur ne figurait pas sur la liste hospitalière cantonale et ne remplissait donc pas les conditions fixées par les CSA d'OPTIMA+, comme on l'a déjà dit.

10. Eu égard aux considérations qui précèdent, la demande se révèle mal fondée et doit être rejetée.

11. Il n'est pas perçu de frais judiciaires (art. 114 let. e CPC), ni alloué de dépens à la charge du demandeur (art. 22 al. 3 let. b 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]).

******

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare la demande recevable.

Au fond :

2. La rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Conformément aux art. 72 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110), le présent arrêt peut être porté dans les trente jours qui suivent sa notification avec expédition complète (art. 100 al. 1 LTF) par devant le Tribunal fédéral par la voie du recours en matière civile (Tribunal fédéral suisse, avenue du Tribunal fédéral 29, 1000 Lausanne 14), 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	Marine WYSSENBACH

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