

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/915/2010

ATAS/269/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 mars 2011

8ème Chambre

En la cause

Madame G \_\_\_\_\_, domiciliée à Crans-Montana

recourante

contre

INTRAS, domicilié Société du Groupe CSS, Droit & Compliance,  
Case postale 2568, 6002 Luzern

intimé

**Siégeant : Thierry STICHER, Président; Luis ARIAS et Norbert HECK, Juges  
assesseurs**

---

## **EN FAIT**

1. Madame G\_\_\_\_\_ (ci-après : la demanderesse ou l'assurée) est assurée auprès de GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA (ci-après : la caisse-maladie) pour l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal.

Elle est également assurée selon le régime d'assurance complémentaire à l'assurance maladie auprès d'INTRAS ASSURANCES SA (ci-après : la défenderesse ou l'assureur), selon la couverture dite « OPTIMA + ».

2. Selon les conditions spéciales d'assurance complémentaire « OPTIMA + », sont notamment assurés, en cas d'hospitalisation, selon la couverture convenue (privée ou semi-privée) la totalité des frais de traitement et de pension, sans limite de durée ni de montant, toutefois sous quelques réserves (art. 3).

Selon les conditions générales d'assurance (CGA – I), les prestations d'assurance ne sont pas accordées « pour les traitements non reconnus par le Conseil fédéral dans le cadre de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) et pour tous les soins à caractère prophylactique (sous réserve des prestations prévues dans les conditions spéciales d'assurances) ou esthétique (y compris les cures de rajeunissement et d'amaigrissement) non consécutifs à un cas pris en charge par [l'assureur] » (art. 15 lit. c).

3. Le 22 janvier 2009, le Dr L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie plastique reconstructive et esthétique, s'adressa à l'assureur maladie afin de solliciter pour le compte de l'assurée, un renforcement de la paroi abdominale par raphé des muscles grands droits associé à un geste de redrapage cutané, sous anesthésie générale, en clinique, impliquant une hospitalisation de 2 à 3 jours. Il expliquait que sa patiente, suite à 4 grossesses, dont 3 par césariennes, présentait un relâchement de toute la paroi abdominale en rapport avec un diastasis des grands droits qui étaient confirmés à l'examen clinique. La palpation montrait en effet un diastasis en sus et sous-ombilical des muscles grands droits. Le diastasis était mesuré à environ 5 cm en sous-ombilical.
4. Une échographie de la paroi abdominale du 16 mars 2009 avait permis de constater : au niveau sus-ombilical, que les muscles grands droits paraissaient fins, de l'ordre de 9 mm, sans diastasis significatif de l'ordre de 2,7 cm et sans déhiscence de la ligne blanche ; au niveau ombilical, l'absence d'anomalie significative ; en sous-ombilical, il était noté une atrophie avec dégénérescence graisseuse du muscle grand droit du côté droit, la dégénérescence graisseuse s'étendant sur environ 58 mm d'axe transversal ; 7 cm en dessous de l'ombilic, le muscle grand droit à droite et à gauche mesurait 10 mm d'épaisseur ; 12 cm en dessous de l'ombilic, les muscles grands droits paraissaient distants de 4 cm ; enfin,

les structures tendineuses au niveau des branches parasymphysaires apparaissaient très fines.

5. Par courrier du 2 avril 2009 adressé au Dr L\_\_\_\_\_, l'assureur indiqua que les conditions de prise en charge de l'intervention requise n'étaient pas remplies.
6. Ladite intervention eut tout de même lieu le 1<sup>er</sup> décembre 2009, après paiement par l'assurée le 24 novembre 2009 de son coût, à hauteur de 14'850 fr. se décomposant comme suit :
  - Salle d'opération à 3'600 fr.
  - Anesthésiste 1'750 fr.
  - Chambre 3'000 fr.
  - Honoraires du chirurgien 6'500 fr.
7. Selon courrier du Dr L\_\_\_\_\_ à l'assureur maladie du 4 décembre 2009, alors que l'échographie préopératoire montrait déjà un énorme déficit musculaire au niveau de la ligne blanche, il avait été découvert, lors de l'intervention, un fin feuillet de fascia au niveau médian, remplaçant les muscles de la paroi abdominale. Ces derniers se retrouvaient en externe de chaque côté. Le diastasis, mesuré en préopératoire était évalué à environ 8 à 9 cm en sus et sous-ombilical. Le Dr L\_\_\_\_\_ avait été contraint de réaliser plusieurs plicatures des grands droits sur différents niveaux, tant en vertical qu'en horizontal, pour permettre de corriger le relâchement majeur de la paroi abdominale. Le Dr L\_\_\_\_\_ demandait ainsi à l'assureur maladie de revoir sa décision quant au refus de prise en charge de l'intervention.
8. Selon le protocole opératoire du même jour, l'intervention avait duré 3 heures et le diagnostic posé était le suivant : ballonnement abdominal associé à une lipodystrophie et des poches palpébrales inférieures bilatérales.

L'intervention avait consisté dans une abdominoplastie avec transposition ombilicale et raphé des muscles grands droits, ainsi qu'en une blépharoplastie secondaire inférieure par voie trans-conjonctivale avec résection cutanée sourcilière.
9. Par courrier du 11 février 2010, l'assureur refusa derechef sa prise en charge, après que le rapport du Dr L\_\_\_\_\_ fut soumis à son médecin-conseil.
10. Par courrier électronique du 24 février 2010, l'assurée pria l'assureur de lui indiquer l'instance de recours, ainsi que le délai légal pour déposer sa réclamation.

11. Il fut répondu par l'assureur, par courrier électronique du 4 mars 2010, que l'assurée pouvait porter réclamation auprès du juge civil du Valais ou auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales de Genève.
12. L'assurée forma « recours » auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales par acte du 16 mars 2010, concluant à ce qu'il soit dit que l'intervention litigieuse, soit l'abdominoplastie du 1<sup>er</sup> décembre 2009, était reconstructive et nécessaire d'un point de vue médical et qu'il ne s'agissait pas d'une opération de chirurgie esthétique, à ce qu'il soit dit qu'en conséquence, l'assureur maladie devait la prendre en charge et à ce que ledit assureur soit blâmé.

Le Dr L\_\_\_\_\_ avait pratiqué une intervention longue et difficile. Aucune graisse n'avait été constatée ou enlevée, de sorte qu'il ne s'agissait pas d'une intervention esthétique mais d'une intervention reconstructive et médicalement nécessaire.

13. Selon l'avis du Dr M\_\_\_\_\_, médecin conseil de l'assureur maladie, dont la spécialité n'est pas mentionnée, l'échographie pratiquée en mars 2009 ne montrait pas de déhiscence de la ligne blanche, ni de diastasis des droits et la paroi abdominale sous-ombilicale montrait quelques altérations imputables à 4 grossesses et 3 césariennes. Il n'y avait pas de hernie.

Le rapport chirurgical du Dr L\_\_\_\_\_ décrivait un status opératoire en contradiction avec l'échographie du mois de mars, ce qui était étonnant et ne pouvait s'expliquer par l'intervalle de temps entre l'examen et l'intervention.

Il n'y avait pas d'urgence à réaliser l'intervention, car l'augmentation du périmètre abdominal ne représentait un risque accru de maladie cardio-vasculaire que lorsqu'il était imputable à une augmentation du tissu adipeux, ce qui n'était pas le cas en l'espèce,

Se basant sur la demande initiale du Dr L\_\_\_\_\_ et le rapport radiologique du Dr N\_\_\_\_\_ du 16 mars 2009, il n'y avait pas de motif à prendre en charge l'intervention, car le diastasis n'était pas suffisamment important, ce qui expliquait sans doute le manque de troubles fonctionnels suffisamment importants pour avoir valeur de maladie.

14. L'assureur déposa sa réponse auprès du Tribunal de céans le 3 juin 2010, concluant au rejet de la demande en paiement de l'assurée.

Il relevait que selon ses conditions générales d'assurance, les prestations n'étaient pas accordées pour les traitements non reconnus par le Conseil fédéral dans le cadre de la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) et pour les soins à caractère prophylactique (sous réserve des prestations prévues dans les conditions spéciales

d'assurance) ou esthétique (y-compris des cures de rajeunissement et d'amaigrissement) non consécutifs à un cas pris en charge par lui.

Se fondant sur l'avis de son médecin conseil, le Dr M\_\_\_\_\_, il relevait que la demande du Dr L\_\_\_\_\_ du 22 janvier 2009 ne faisait allusion à aucun trouble fonctionnel associé au diastasis et l'échographie préopératoire ne montrait pas de déhiscence de la ligne blanche ni de diastasis des droits.

Compte tenu d'un status opératoire en contradiction avec l'échographie préopératoire, c'était à juste titre que seule avait été pris en compte la demande initiale du Dr L\_\_\_\_\_ et le rapport radiologique de mars 2009.

Or, il ne ressortait pas de ces documents de motif de prendre en charge l'intervention.

Ladite intervention a été ainsi qualifiée d'intervention esthétique ne pouvant être prise en charge, compte tenu des conditions générales d'assurance.

15. Le 26 août 2010, l'assureur indiqua encore au Tribunal que la demanderesse avait formé recours contre une décision sur opposition de sa caisse-maladie concernant la même opération et que la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du Valais avait statué.
16. Le 6 septembre 2010, l'assurée fut invitée à se déterminer à ce sujet et, cas échéant, à produire la décision du Tribunal valaisan.
17. Le jugement du 2 juillet 2010 de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du Valais fut produit à la procédure le 14 septembre 2010.

Ledit jugement, statuant dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal, rejeta le recours de l'assurée visant à la prise en charge de l'intervention du 1<sup>er</sup> décembre 2009.

Le Tribunal cantonal du Valais a notamment considéré :

« On retiendra, tout d'abord, que l'intervention n'était pas justifiée par un état pathologique. En effet, la recourante a subi une abdominoplastie en raison d'un relâchement de la paroi abdominale consécutif à ses 4 grossesses dont 3 césariennes. Aucun trouble dû à des phénomènes pathologiques n'a été avancé pour justifier la prise en charge de cette intervention par l'assurance obligatoire des soins.

[...]

Enfin, s'agissant d'un défaut esthétique, on retiendra qu'il ne touche pas une partie visible du corps et particulièrement sensible. Il ne saurait dès lors avoir valeur de maladie au sens de l'art. 3 al. 1 LPGA ».

18. Par courrier du 14 septembre 2010, l'assurée a expliqué qu'elle s'était défendue seule, sans l'assistance d'un avocat, et qu'elle avait formé recours auprès du Tribunal fédéral du jugement du 2 juillet 2010. Les médecins de la caisse-maladie ne l'avaient pas examinée. Elle souffrait, par ailleurs, d'al-algésie, soit une insensibilité congénitale. Elle produisit une expertise du Dr O\_\_\_\_\_ du 3 mai 2010 pour étayer ses dires.

19. Le Dr L\_\_\_\_\_ fut entendu le 30 septembre 2010.

Il expliqua avoir opéré l'assurée en raison d'un relâchement de la paroi abdominale et d'un ballonnement du ventre. Elle ne se plaignait pas de douleurs, mais d'une gêne au quotidien à cause du volume de son ventre, de frottements au niveau des plis et d'une gêne à la marche, toutefois sans limitations fonctionnelles.

L'écart entre les muscles grand droit de l'assurée était plus important que chez la moyenne des femmes, soit 8 à 9 cm mesurés lors de l'intervention au lieu de 1,5 cm habituellement chez une femme ayant eu une ou deux grossesses. La différence par rapport à l'écart mesuré par échographie avant l'opération était normal en raison du fait que l'échographie n'était pas suffisamment précise.

Ce relâchement était le plus important constaté dans le cadre de son activité, le contenu abdominal de l'assurée sortant entre les muscles grand droit, sans toutefois présenter d'éventration.

Le Dr L\_\_\_\_\_ ne fut pas en mesure d'indiquer si des douleurs auraient été ressenties en l'absence du syndrome d'al-algésie. Il y aurait toutefois eu un risque moyennement important d'ouverture ou de relâchement du péritoine à moyen ou à long terme, en l'absence d'intervention.

20. Les parties furent entendues le même jour. La recourant expliqua qu'avant l'opération, elle présentait un abdomen correspondant au septième mois de grossesse. C'était désagréable et gênant, notamment pour le choix des habits, à la plage et partout ailleurs, mais ne posait pas de difficultés dans la vie professionnelle ou la tenue du ménage.

La représentante de l'assureur rappela que les prestations n'étaient données que dans le cadre d'une intervention couverte par la LAMal et que le Tribunal cantonal valaisan avait nié une telle couverture.

A l'issue de l'audience, il fut décidé de suspendre la cause jusqu'à droit jugé par le Tribunal fédéral au sujet du recours formé par l'assurée.

21. Le Tribunal fédéral déclara le recours de l'assurée irrecevable par arrêt du 28 septembre 2010, produit à la procédure par l'assurée – accompagnée de brèves observations – avant que la suspension de la cause ne soit formalisée.
22. Par courrier du 25 octobre 2010, l'assureur fit valoir que les prestations n'étaient accordées que dans le cadre d'une intervention couverte par la LAMal.
23. Par ordonnance du 27 octobre 2010, le Tribunal fixa un délai aux parties pour déposer d'éventuelles demandes d'actes d'instructions et d'éventuelles observations sur le fond.
24. L'assureur se référa le 3 novembre 2010 à ses précédentes observations.
25. L'assurée fit valoir que son recours avait été déclaré irrecevable à la forme en raison de l'absence de l'aide d'un avocat. L'intervention litigieuse était une opération de base. Elle se référait à l'avis du Dr L\_\_\_\_\_ et contestait l'avis des médecins de la caisse-maladie auxquels le Tribunal cantonal du Valais s'était référé, puisqu'ils ne l'avaient jamais examinée. Elle persista dans ses précédentes conclusions pour le surplus.
26. La cause fut gardée à juger le 11 novembre 2010.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 4 et let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, tant des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal; RS 832.10) que des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA; RS 221.229.1).

Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009).

S'agissant de la compétence à raison du lieu, l'art. 25 al. 2 CGA-I prévoit qu'en cas de contestation, l'ayant droit peut ouvrir action contre l'assureur auprès des tribunaux compétents de son domicile ou auprès de ceux de son siège à Carouge.

La compétence du Tribunal cantonal des assurances sociales, puis de la Chambre des assurances sociales de la Cour de Justice, pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. L'assurance en cause est une assurance complémentaire soumise à la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (ci-après : LCA), comme le rappelle l'art. 2 des CGA-I.
3. La demande respecte la forme prévue à l'art. 89B de la loi sur la procédure administrative du canton de Genève du 12 septembre 1985 (LPA). Partant, elle est recevable.
4. Le litige porte sur la prise en charge de l'abdominoplastie du 1<sup>er</sup> décembre 2009.
5. En matière d'assurances complémentaires, les parties sont liées par l'accord qu'elles ont conclu dans les limites de la loi, les caisses-maladie pouvant en principe édicter librement les dispositions statutaires ou réglementaires dans les branches d'assurances complémentaires (ATAS/1104/2006).

Les principes généraux de l'interprétation des contrats s'appliquent au contrat d'assurance. En effet, l'art. 100 LCA renvoie au droit des obligations, et partant, au code des obligations (CO; RS 220). Lorsqu'il s'agit de déterminer le contenu d'un contrat d'assurance et des conditions générales qui en font partie intégrante, le juge doit donc, comme pour tout autre contrat, recourir en premier lieu à l'interprétation dite subjective, c'est-à-dire rechercher la "réelle et commune intention des parties", le cas échéant empiriquement, sur la base d'indices (art. 18 al. 1 CO). S'il ne parvient pas à établir avec certitude cette volonté effective, ou s'il constate que l'un des contractants n'a pas compris la volonté réelle exprimée par l'autre, il recherchera le sens que les parties pouvaient et devaient donner, selon les règles de la bonne foi, à leurs manifestations de volonté réciproques (application du principe de la confiance; ATF 122 III 118, consid. 2a; ATF 118 II 342, consid. 1a). Ce faisant, le juge doit partir de la lettre du contrat et tenir compte des circonstances qui ont entouré sa conclusion (ATF 5C.134/2002 du 17 septembre 2002, consid. 3.1). Selon la jurisprudence, il convient de ne pas attacher une importance décisive au sens des mots, même clairs, utilisés par les parties (abandon de la "Eindeutigkeitsregel"). Il ressort de l'art. 18 al. 1 CO qu'on ne peut ériger en principe qu'en présence d'un texte clair, on doit exclure d'emblée le recours à d'autres moyens d'interprétation; même si la teneur d'une clause contractuelle paraît claire et indiscutable à première vue, il peut résulter du but poursuivi par les parties ou d'autres circonstances que la lettre ne restitue pas exactement le sens de l'accord conclu (arrêt 5C.305/2001 du 28 février 2002, consid. 4b; ATF 127 III 444, consid. 1b). Finalement, et de façon subsidiaire, lorsqu'il subsiste un doute sur leur sens, les dispositions exclusivement rédigées par l'assureur, ainsi les conditions générales pré-formulées, sont à interpréter en défaveur de leur auteur,

conformément à la règle des clauses ambiguës ("in dubio contra stipulatorem"; "Unklarheitsregel") (ATF 4C.208/2006 du 8 janvier 2007, consid. 3.1; ATF 122 III 118 consid. 2a). Selon la jurisprudence et la doctrine, pour que cette règle trouve à s'appliquer, il ne suffit pas que les parties soient en litige sur la signification à donner à une déclaration; encore faut-il que celle-ci puisse être comprise de différentes façons ("zweideutig") et qu'il soit impossible de lever autrement le doute créé, faute d'autres moyens d'interprétation (ATF B 56/03 du 2 décembre 2003, consid. 3.6; ATF 122 III 124, consid. 2d).

6. En l'espèce, l'art. 3 des conditions spéciales d'assurance complémentaire « OPTIMA + » prévoit que la totalité des frais de traitement et de pension est assurée en cas d'hospitalisation.

L'art. 15 lit. c des CGA-I prévoit toutefois, sous le titre « Risques exclus » que les prestations ne sont pas accordées pour les traitements non reconnus par le Conseil fédéral dans le cadre de la LAMal et pour les soins esthétique non consécutif à un cas pris en charge par l'assureur.

L'on comprend de manière non équivoque que les prestations d'assurances ne couvrent pas les traitements non pris en charge dans le cadre de la LAMal. L'assurée n'a d'ailleurs à aucun moment, y compris dans le cadre de la présente procédure, indiqué n'avoir pas compris le sens clair de cette disposition. Au demeurant, cette disposition ne va pas à l'encontre du but de la couverture « OPTIMA + » qui est essentiellement de permettre à l'assurée d'être hospitalisée en division privée ou semi-privée.

Il convient ainsi de retenir que l'art. 15 lit. c des CGA-I correspond à la réelle et commune intention des parties, de sorte qu'il pourra en être fait application.

Or, suite au jugement du 2 juillet 2010, désormais définitif, de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du Valais, il s'avère que l'abdominoplastie du 1<sup>er</sup> décembre 2009 n'est pas prise en charge par la caisse-maladie, conformément aux dispositions de la LAMal.

Ainsi, en vertu de l'art. 15 lit. c des CGA-I, c'est à bon droit que l'assureur a refusé la prise en charge de cette même intervention.

7. L'assurée sera ainsi déboutée des fins de sa demande.
8. Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens à l'assureur qui obtient gain de cause (ATAS/737/2008 du 19 juin 2008).
9. La procédure est gratuite.
10. Il sera enfin précisé, afin de satisfaire aux réquisits de l'art. 112 al. 1 lit. d LTF, que la valeur litigieuse s'élève à 14'850 fr.



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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare la demande recevable.

**Au fond :**

2. La rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110) auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) pour ce qui a trait aux prestations relevant de la LAMal et/ou par la voie du recours en matière civile auprès du Tribunal fédéral (av. du Tribunal fédéral 29, case postale, 1000 Lausanne 14), conformément aux art. 72 ss LTF en ce qui concerne les prestations relevant de la LCA; 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, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Irène PONCET

Thierry STICHER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique et à l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers par le greffe le