

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/368/2017

ATAS/487/2018

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 4 juin 2018

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à Genève, comparant avec élection
de domicile en l'étude de Maître Marc MATHEY-DORET

demandeur

contre

MUTUEL ASSURANCES SA, sise rue des Cèdres 5, Martigny

défenderesse

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Maria-Esther SPEDALIERO et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur à A_____ (ci-après l'assuré ou le demandeur), né en 1953, est assuré auprès de Mutuel Assurance Maladie SA (ci-après l'assureur-maladie) pour l'assurance obligatoire des soins. Il a également souscrit une police d'assurance complémentaire auprès de Mutuel Assurance SA (ci-après l'assurance ou la défenderesse).
2. Par courrier du 17 octobre 2014, l'assureur-maladie a informé l'assuré de l'évolution de sa police, qui serait soumise à de nouvelles conditions et offrirait des prestations supplémentaires moyennant une adaptation tarifaire dès le 1^{er} janvier 2015. Dès cette date, l'assuré bénéficierait de la couverture d'assurance privée Global Solution Niveau 3 – Confort mi-privée, option upgrade et renfort.
3. Le 16 octobre 2015, l'assureur-maladie a adressé à l'assuré son certificat d'assurance pour 2016, aux termes duquel il bénéficiait de l'assurance obligatoire des soins et de la couverture Global Solution Niveau 3 – Confort mi-privée pour les soins ambulatoires et hospitaliers. Ce certificat se référait aux conditions générales d'assurance du 1^{er} septembre 2011 et aux conditions particulières d'assurance du 1^{er} janvier 2015.
4. Une IRM réalisée le 3 août 2015 en raison des sciatalgies dont souffrait l'assuré a mis en évidence une hernie discale L4-L5 paramédiane gauche.
5. Dans un rapport du 13 mai 2016, le docteur B_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, a noté qu'au vu de la longue évolution sans réponse satisfaisante au traitement conservateur, il convenait d'envisager un traitement plus agressif. Le type de hernie de l'assuré semblait accessible à une prise en charge par voie percutanée, telle que la pratiquait le professeur B_____, spécialiste FMH en radiologie, à la Clinique de Bois-Cerf.
6. Dans un rapport du 30 mai 2016, le Pr B_____ a retenu une indication à une herniectomie percutanée, dont il avait expliqué les tenants et aboutissants à l'assuré. Le formulaire d'information remis à ce dernier en vue de cette intervention précisait notamment qu'elle était prise en charge par l'assurance de base.
7. Par courrier du 1^{er} juin 2016, l'assureur-maladie a indiqué à l'assuré qu'il avait sollicité des informations du Pr B_____ afin de se déterminer sur le droit aux prestations en lien avec son séjour à la Clinique de Bois-Cerf.
8. Le 6 juin 2016, l'assuré a subi la herniectomie percutanée prévue à la Clinique de Bois-Cerf, où il a séjourné jusqu'au 8 juin 2016.
9. Le 16 juin 2016, la Clinique de Bois-Cerf a adressé à l'assuré une facture de CHF 15'029.25 pour l'intervention pratiquée et l'hospitalisation.
10. Dans une prise de position adressée au Pr B_____ en date du 18 juillet 2016, l'assureur-maladie a refusé la prise en charge du traitement prodigué, qui ne

relevait pas des prestations à charge de l'assurance obligatoire des soins selon son médecin-conseil. Elle a adressé copie de ce courrier à l'assuré.

11. Le 23 septembre 2016, l'assuré, par son mandataire, a contesté la position de l'assureur-maladie. Il a souligné qu'il était non seulement assuré au titre de l'assurance obligatoire des soins, mais qu'il bénéficiait également de l'assurance privée Global Solution. Il ne voyait pas pour quel motif la prise en charge d'une intervention effectuée en Suisse en division semi-privée était refusée. Il invitait ainsi l'assureur-maladie à lui rembourser les frais du traitement.
12. Le 14 octobre 2016, l'assurance a indiqué à l'assuré que la couverture privée avait pour but de fournir des prestations spécifiques en complément à l'assurance obligatoire des soins, conformément aux conditions générales. Puisque sa participation au titre de l'assurance obligatoire des soins était nulle, elle l'était également pour l'assurance complémentaire.
13. Par courrier du 20 octobre 2016, l'assuré a contesté l'interprétation des conditions générales par l'assureur-maladie. En effet, la notion « en complément » signifiait « en plus de ». C'était précisément afin d'obtenir le remboursement des prestations non prises en charge par l'assurance obligatoire des soins, à l'instar d'une intervention avec hospitalisation en division semi-privée, qu'il avait souscrit une assurance complémentaire. Il existait en outre un doute quant à l'opposabilité des nouvelles conditions d'assurance, dont le simple envoi ne valait pas acceptation. Il invitait ainsi l'assureur-maladie à revenir sur sa position.
14. Le 17 octobre 2016, l'assuré a relancé l'assureur-maladie et lui a imparti un délai au 31 octobre 2016 pour lui rembourser les frais de traitement encourus.
15. Le 31 janvier 2017, l'assuré a déposé une demande auprès de la chambre de céans, concluant sous suite de dépens à la condamnation de l'assurance au versement de CHF 15'029.25 plus intérêts à 5 % dès le 14 juillet 2016 et de CHF 4'031.10 plus intérêts à 5 % dès le 26 janvier 2017.

Il a allégué que son assurance complémentaire couvrait les soins et l'hospitalisation en division semi-privée. Or, ce n'était pas la défenderesse, mais l'assureur-maladie qui lui avait adressé de nouvelles conditions d'assurance en date du 17 octobre 2014.

Le traitement de curetage de la hernie, dont les frais s'étaient élevés à CHF 15'029.25, avait eu lieu le 6 juin 2016. L'assureur-maladie avait refusé de couvrir l'intervention, au motif qu'elle n'était pas à charge de l'assurance obligatoire des soins, alors que les autres assurances la remboursaient généralement. Ses frais d'avocat s'élevaient à CHF 4'031.10.

Il a affirmé qu'en matière d'assurances complémentaires, l'assureur répondait de tous les événements présentant le risque contre les conséquences duquel l'assurance a été conclue, à moins que le contrat ne les exclue précisément et sans équivoque. Cela signifiait que les conditions générales devaient être interprétées en défaveur de

leur auteur lorsqu'il subsistait un doute sur leur sens. En l'espèce, l'interprétation par la défenderesse des conditions générales ne résistait pas à l'examen et allait à l'envers du bon sens. En effet, les assurés souscrivaient des assurances complémentaires précisément dans le but d'obtenir le remboursement de prestations non couvertes par l'assurance obligatoire des soins. Une interprétation littérale des conditions générales menait au même résultat, car « en complément » signifiait « en plus de ». Un assuré ne pouvait supposer à la lecture de ces conditions qu'une intervention à l'efficacité reconnue, pratiquée par un médecin spécialisé dans un établissement reconnu, et recommandée par un autre éminent neurochirurgien, n'était pas couverte au motif qu'elle ne figurerait pas dans un catalogue de prestations concernant une branche d'assurance sociale. Si la défenderesse entendait exclure ce type d'interventions du champ de l'assurance, il lui incombait de l'indiquer de manière explicite dans ses conditions d'assurance et d'y inclure ledit catalogue, ce qu'elle n'avait pas fait. En outre, la position de la défenderesse était absurde. En effet, l'intervention litigieuse était une alternative largement plus économique, moins invasive et moins risquée qu'une opération chirurgicale bien plus lourde et onéreuse. La défenderesse devait ainsi prendre en charge les frais en découlant, les intérêts courant quatre semaines après réception de la facture, ainsi que les frais de défense avant procès en vertu des règles régissant la demeure.

Le demandeur a notamment requis l'audition du Pr B_____.

16. Dans sa réponse du 30 mars 2017, la défenderesse a conclu au rejet de la demande, sous suite de dépens.

Après avoir rappelé les principes régissant l'interprétation des conditions générales, la défenderesse a relevé que ses conditions prévoyaient qu'en cas de pluralité d'assureurs, toutes les prestations étaient accordées en complément aux prestations des assureurs étrangers et suisses, sociaux et privés, en particulier de l'assurance obligatoire des soins. Le but de l'assurance conclue par le demandeur était de fournir aux assurés des prestations spécifiques en complément à l'assurance obligatoire des soins. En cas d'hospitalisation, seuls étaient pris en charge les coûts de traitements reconnus par la législation sur l'assurance-maladie. Or, tel n'était pas le cas de la disectomie percutanée par fluoroscopie subie par le demandeur. A la lecture des conditions particulières d'assurance, le demandeur pouvait indéniablement comprendre que si les coûts de traitement n'étaient pas reconnus par l'assurance obligatoire des soins, ils n'étaient pas pris en charge par son assurance complémentaire. C'était ainsi à juste titre que la défenderesse n'avait pas pris en charge les frais d'intervention.

17. Le 9 juin 2017, la chambre de céans a invité le demandeur à lui confirmer s'il admettait que le traitement litigieux n'est pas à la charge de l'assurance obligatoire des soins.
18. Dans un courrier adressé à la défenderesse à la même date, la chambre de céans s'est référée au certificat du 16 octobre 2015, mentionnant l'assureur-maladie et

non la défenderesse en qualité de contractant. Elle l'a invitée à s'en expliquer, et à indiquer pourquoi le courrier du 17 octobre 2014 concernant l'assurance complémentaire avait été signé par l'assureur-maladie. Elle l'a en outre enjointe à préciser quelles prestations étaient prises en charge par l'assurance Global Solution en cas d'hospitalisation pour les options de niveaux 1 et 2 correspondant à la division commune.

19. Le demandeur s'est déterminé le 15 juin 2017, affirmant que le point de savoir si le traitement litigieux était ou non à la charge de l'assurance obligatoire des soins était une question de droit qu'il appartenait à la chambre de céans de trancher. Il avait sollicité l'audition du Pr B_____ sur ce point, lequel pourrait confirmer qu'elle était usuellement remboursée par les assureurs-maladie. Il considérait dès lors que le traitement était à charge de l'assurance-maladie obligatoire.
20. Le 22 juin 2017, la défenderesse a exposé qu'elle apparaissait en tant qu'assureur porteur du risque sous le titre Police d'assurance 2016. Le demandeur avait reçu le courrier du 17 octobre 2014 ainsi que le descriptif de sa couverture, un aperçu des prestations supplémentaires et les nouvelles conditions générales et particulières d'assurance et les nouveaux tarifs des primes dès le 1^{er} janvier 2015, et il n'avait pas demandé la rectification de la nouvelle police dans le délai imparti. En cas d'hospitalisation en division commune, la couverture complémentaire Global Solution permettait de couvrir intégralement les suppléments de coûts inhérents à un traitement hors du canton de domicile, pour autant que les traitements soient reconnus au sens de l'assurance obligatoire des soins. Pour le surplus, la défenderesse a produit les conditions particulières d'assurance antérieures à l'édition du 1^{er} janvier 2015.
21. La chambre de céans a entendu les parties le 2 octobre 2017.

Le demandeur a déclaré que lorsque l'intervention lui avait été proposée, il n'avait à aucun moment pensé que cette intervention pouvait ne pas être prise en charge par son assurance. L'assureur-maladie l'avait informé peu de temps avant l'intervention qu'il n'en garantissait pas le remboursement, alors que son chirurgien lui avait confirmé qu'elle était prise en charge par les assurances.

La défenderesse a précisé que l'assureur-maladie ne s'était jamais prononcé sur ce point dans une décision.

Le conseil du demandeur a indiqué avoir contesté la prise de position du 18 juillet 2016. La demande de remboursement avait été faite tant à l'assureur-maladie qu'à la défenderesse. Les courriers envoyés au premier avaient fait l'objet d'une réponse par la deuxième.

Sur ce point, la défenderesse a exposé que lorsqu'un assuré bénéficiait tant d'une police privée que de l'assurance obligatoire des soins, c'était en général l'assureur-maladie qui répondait aux courriers concernant la police privée. Elle a répété que les frais hôteliers à l'hôpital et les honoraires des médecins étaient remboursés

uniquement en lien avec un traitement reconnu au sens de l'assurance obligatoire des soins.

A la fin de l'audience, il a été convenu de suspendre la procédure dans l'attente de l'issue de la procédure concernant l'assurance-maladie.

22. Par ordonnance du 5 octobre 2017, la chambre de céans a suspendu la procédure dans l'attente de l'issue de la procédure opposant le demandeur à l'assureur-maladie (ATAS/870/2017).
23. Par décision du 4 décembre 2017, l'assureur-maladie a refusé le remboursement de l'intervention litigieuse, au motif qu'elle figurait dans la liste négative des prestations non remboursées par l'assurance obligatoire des soins.
24. Par courrier du 19 janvier 2018, le demandeur a sollicité la reprise de la procédure et produit les pièces suivantes:
 - a. courrier du 18 décembre 2017 du Pr B_____, indiquant que l'intervention pratiquée était sur la liste négative des prestations, et que la commission en charge d'intégrer les nouvelles interventions refusait de modifier cette liste sans apport de nouvelles études randomisées. Une réévaluation n'était dès lors pas en cours. Le Pr B_____ confirmait par ailleurs que toutes les autres assurances couvraient cette prestation, qui offrait des résultats équivalant à la chirurgie ;
 - b. courrier du même jour à l'assureur-maladie, dans lequel l'assuré indiquait ne pas former opposition à la décision du 4 décembre 2017 mais en solliciter la reconsidération, eu égard au courrier du 18 décembre 2017 du Pr B_____.
25. Par ordonnance du 29 janvier 2018 (ATAS/71/2018), la chambre de céans a ordonné la reprise de la procédure et a imparti un délai au 15 février 2018 à la défenderesse pour indiquer si elle entendait se prononcer sur la requête du demandeur du 19 janvier 2018, pour préciser si l'assurance complémentaire Global Solution n'était conclue qu'avec des assurés au bénéfice d'une assurance de base, et afin qu'elle explique dans quels cas cette assurance complémentaire couvrait les coûts des traitements reconnus par l'assurance obligatoire des soins.
26. Dans son courrier du 14 février 2018, la défenderesse a indiqué à la chambre de céans qu'il n'y avait pas lieu de prendre en charge l'intervention au titre de l'assurance obligatoire de soins, cette opération figurant dans la liste négative des prestations. Pour le surplus, la couverture Global Solution était réservée à des personnes assurées obligatoirement ou ayant opté pour le maintien des rapports d'assurance sur une base contractuelle à la fin de leur assujettissement. Les conditions d'assurance mentionnaient que la couverture était limitée aux traitements ressortant au domaine de l'assurance-maladie obligatoire, mais l'assureur y dérogeait jusqu'à concurrence des tarifs négociés avec l'établissement hospitalier, aux critères d'économicité, voire d'adéquation de l'assurance obligatoire des soins en couvrant les suppléments pour les frais hôteliers et pour les honoraires des médecins (sic).

27. Dans ses déterminations du 20 mars 2018, le demandeur a pris note du fait que la défenderesse n'entendait pas reconsidérer sa décision. L'assurance complémentaire qu'il avait souscrite présentait toutes les caractéristiques d'une couverture complémentaire d'hospitalisation en division privée ou semi-privée classique. Elle visait à couvrir les traitements dispensés par des médecins privés dans des établissements privés reconnus, prestations non remboursées ou seulement partiellement par l'assurance obligatoire des soins. Le fait que la couverture en question ne soit offerte qu'aux personnes soumises à l'obligation de s'assurer contre les risques de maladie n'y changeait rien. Les explications de la défenderesse au sujet de ses conditions générales confirmaient leur caractère obscur. En effet, la couverture n'était pas limitée aux traitements ressortant du domaine de l'assurance obligatoire de soins, puisque la défenderesse reconnaissait y déroger précisément pour assurer la prise en charge de traitements que l'assurance obligatoire ne remboursait pas ou seulement partiellement. L'assuré « moyen » ne pouvait de bonne foi comprendre ces conditions de manière différente. La position de la défenderesse apparaissait en outre contradictoire. Elle expliquait à la fois que la couverture dérogeait à l'assurance obligatoire en ce sens qu'elle couvrait des prestations que cette dernière ne prend pas en charge, tout en affirmant ne couvrir que des prestations prises en charge par l'assurance obligatoire. Cela était simplement incompréhensible. Il convenait de se montrer d'autant plus rigoureux qu'il s'agissait d'une limitation de couverture, donc d'une exception. Il incombait à la défenderesse d'attirer spécifiquement l'attention de ses assurés sur une telle restriction, en la mettant en exergue dans ses conditions d'assurance de manière suffisamment claire et explicite, ce qui aurait impliqué d'y inclure le catalogue des prestations couvertes ou non couvertes, ou au moins d'y renvoyer de manière explicite, ce qu'elle n'avait pas fait.
28. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture à la défenderesse en date du 22 mars 2018.
29. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 7 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 (CPC - RS 272) et à l'art. 134 al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10) et relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA - RS 221.229.1).

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

L'art. 41 al. 2 des conditions générales pour les assurances maladie et accidents complémentaires dans leur édition du 1^{er} septembre 2011 (ci-après les CGA), en cas

de contestation, le preneur d'assurance ou l'ayant droit peut choisir soit les tribunaux de son domicile suisse, soit ceux du siège de l'assureur.

Le demandeur ayant son domicile à Genève, la chambre de céans est compétente tant à raison de la matière que du lieu pour connaître de la présente demande.

2. La loi fédérale sur la surveillance des entreprises d'assurance du 17 décembre 2004 (LSA - RS 961.01) ne contient pas de règles spécifiques concernant les délais relatifs aux contestations de droit privé qui s'élèvent entre les entreprises d'assurance et les assurés.

En vertu de l'art. 197 CPC en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2011, la procédure de fond est précédée d'une tentative de conciliation devant une autorité de conciliation. L'art. 198 CPC prévoit des exceptions à la tentative obligatoire de conciliation, notamment pour les instances cantonales uniques prévues par l'art. 5 CPC et les tribunaux spéciaux statuant en instance unique sur les litiges commerciaux que les cantons peuvent instituer en application de l'art. 6 CPC (art. 198 let. f CPC). Les instances cantonales uniques que les cantons peuvent instituer pour les litiges portant sur les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale, conformément à l'art. 7 CPC, ne sont pas prévues en tant qu'exceptions à l'art. 198 CPC. Selon le Tribunal fédéral, c'est par inadvertance manifeste que le législateur n'a pas mentionné à l'art. 198 let. f CPC les tribunaux statuant en tant qu'instance cantonale unique sur les litiges portant sur les assurances-maladie complémentaires conformément à l'art. 7 CPC. Partant, la procédure de conciliation n'a pas lieu dans les litiges portant sur les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale lorsque les cantons ont prévu une instance cantonale unique selon l'art. 7 CPC (ATF 138 III 558 consid. 4.5 et 4.6). On précisera que le législateur genevois a fait usage de cette possibilité (art. 134 al. 1 let. c LOJ).

Par conséquent, la demande, déposée dans la forme prévue à l'art. 244 CPC, est recevable.

3. Le litige porte sur le droit du demandeur au remboursement de l'intervention réalisée par le Pr B_____ et de ses frais d'avocat avant procès.
4. 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).

Le droit aux prestations d'assurances 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).

5. 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) (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).

Lorsqu'un assureur, au moment de conclure, présente des conditions générales, il manifeste la volonté de s'engager selon les termes de ces conditions; lorsqu'une volonté réelle concordante n'a pas été constatée, il faut se demander comment le destinataire de cette manifestation de volonté pouvait la comprendre de bonne foi (ATF 135 III 410 consid. 3.2). La jurisprudence a nuancé le principe selon lequel il y aurait lieu de recourir à des règles d'interprétation uniquement si les termes de l'accord passé entre parties laissent planer un doute ou sont peu clairs. 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. Il ressort de l'art. 18 al. 1 CO que le sens d'un texte, même clair, n'est pas forcément déterminant et que l'interprétation purement littérale est au contraire prohibée. Même si la teneur d'une clause contractuelle paraît claire à première vue, il peut résulter d'autres conditions du contrat, du but poursuivi par les parties ou d'autres circonstances que le texte de ladite clause ne restitue pas exactement le sens de l'accord conclu (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 122 III 118 consid. 2a ; arrêt du Tribunal fédéral 5C.208/2006 du 8 janvier 2007 consid. 3.1). 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 118 II 342 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 56/03 du 2 décembre 2003 consid. 3.6). Il ne s'agit pas, au demeurant, de s'en tenir d'emblée à la solution la plus favorable à l'assuré (ATF 126 V 499 consid. 3b).

6. En l'espèce, l'art. 18 ch. 1 CGA, intitulé Exclusions de prestations, dispose qu'il n'y a pas de couverture d'assurance pour les maladies, les accidents et leurs suites qui existaient déjà au moment de la conclusion du contrat ou qui font l'objet d'une réserve (let. a); pour les maladies, les accidents et leurs suites après extinction du contrat d'assurance, ceci également lorsque des prestations ont été servies au cours de la durée d'assurance (let. b); pour les interventions destinées à corriger ou à éliminer des défauts ou des imperfections physiques relevant de l'esthétique, à moins qu'elles ne soient nécessitées par un événement assuré, les cures de rajeunissement, les traitements par implants tissulaires ou cellulaires (let. c); en cas de suicide, de mutilation volontaire et de tentatives de l'un ou de l'autre (let. d); pour les traitements dentaires, pour autant qu'une couverture ne soit pas expressément prévue dans les divers produits d'assurance (let. e); pour les dommages à la santé résultant de l'action des rayons ionisants et les dommages causés par l'énergie atomique (let. f); pour les coûts d'un traitement inefficace, inadéquat ou non économique. Par inefficace, on entend un traitement dont l'efficacité n'a pas été démontrée selon des méthodes scientifiques. Par inadéquat, on entend un traitement qui est contre-indiqué ou non adapté, ou lorsque l'indication médicale n'est pas clairement établie. Par non économique, on entend un traitement qui aurait pu être remplacé par un autre traitement meilleur marché, ou s'il est inutile (let. g) ; pour les suites d'événements de guerre (let. h).

Aux termes de l'art. 20 CGA, toutes les prestations sont accordées en complément aux prestations des assureurs étrangers et suisses, sociaux et privés, en particulier de l'assurance obligatoire des soins. En cas de double assurance privée, les prestations sont accordées à titre subsidiaire aux prestations de l'autre assureur, sauf si les conditions d'assurance de l'autre contiennent également une clause de subsidiarité ; dans ce cas, les règles de la double assurance s'appliquent (ch. 1). Dès la survenance de l'éventualité assurée, l'assureur est subrogé, jusqu'à concurrence des prestations fournies, aux droits de l'assuré contre tout tiers responsable. L'assureur n'est pas lié par les accords passés entre l'assuré et les tiers tenus à prestations (ch. 2). A défaut de couverture de l'assurance obligatoire des soins au sens de la LAMal, les prestations du contrat d'assurance sont versées dans la même mesure que si une telle couverture existait.

L'art. 23 CGA prévoit que seuls les soins dispensés par des fournisseurs de prestations reconnus, à savoir les personnes et les établissements définis par la législation sur l'assurance-maladie, sont pris en charge par l'assureur (ch. 1). Les autres fournisseurs reconnus sont énumérés dans les conditions particulières de chaque produit (ch. 2).

L'art. 36 CGA ch. 1 confère à l'assureur le droit d'adapter les conditions de chaque produit notamment lorsqu'il y a des modifications importantes dans les domaines ci-après: développement de la médecine moderne (let. a); établissement de formes de thérapies nouvelles ou onéreuses, comme par exemple les techniques opératoires, médicaments et autres cas similaires (let. b); élargissement du nombre ou établissement de nouveaux genres de fournisseurs de prestations (let. c); évolution du catalogue des prestations dans la LAMal (let. d).

7. Les conditions particulières de l'assurance complémentaire Global Solution (ci-après les CPA) dans leur version du 1^{er} janvier 2015, indiquent à leur ch. 1 que le but de cette assurance est de fournir aux assurés des prestations spécifiques en complément à l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal. Les prestations du produit Global Solution sont octroyées en cas de maladie, d'accident et de maternité (art. 2).

L'art. 5 CPA circonscrit les prestations assurées. S'agissant des traitements stationnaires, il prévoit notamment le libre choix en Suisse selon le niveau choisi, d'un établissement hospitalier en soins généraux ou psychiatriques, pour les maladies de type aigu; ainsi que la prise en charge des coûts des traitements reconnus par la LAMal, des frais hôteliers à l'hôpital et des honoraires des médecins, selon la convention passée avec l'assureur ou la réglementation tarifaire cantonale.

Les dispositions précitées avaient la même teneur dans l'édition du 1^{er} septembre 2011 des CPA.

8. L'issue du litige dépend du point de savoir si les CGA et les CPA limitent la prise en charge aux prestations prodiguées en lien avec un traitement reconnu au sens de la LAMal.

a) Il convient en préambule de rappeler qu'aux termes de l'art. 32 al. 1 LAMal, les prestations mentionnées aux articles 25 à 31 doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques (ATF 128 V 54 consid. 2).

Selon l'art. 33 al. 1 LAMal, le Conseil fédéral peut désigner les prestations fournies par un médecin ou un chiropraticien, dont les coûts ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins ou le sont à certaines conditions. Cette disposition se fonde sur la présomption que médecins et chiropraticiens appliquent des traitements et mesures qui répondent aux conditions posées par l'art. 32 al. 1 LAMal. D'après l'art. 33 al. 3 LAMal, le Conseil fédéral détermine également dans quelle mesure l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts d'une

prestation nouvelle ou controversée, dont l'efficacité, l'adéquation ou le caractère économique sont en cours d'évaluation. Le Département fédéral de l'intérieur (DFI), auquel le Conseil fédéral a délégué à son tour les compétences susmentionnées, a promulgué l'ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS - RS 832.112.31) (arrêt du Tribunal fédéral 9C_328/2016 du 10 octobre 2016 consid. 3.2).

L'annexe 1 à l'OPAS contient une liste non exhaustive des prestations fournies par les médecins, à la charge ou non de l'assurance-maladie. Elle indique notamment les prestations dont l'efficacité, l'adéquation ou le caractère économique ont été examinés par la Commission des prestations et des principes et dont les coûts sont pris en charge, le cas échéant à certaines conditions, ou ne sont pas pris en charge.

Conformément au chiffre 9.3 de ladite ordonnance, la discectomie percutanée par fluoroscopie et contrôle CT n'est pas à charge de l'assurance obligatoire des soins.

b) En ce qui concerne les CGA, il sied de souligner en premier lieu que bon nombre de procédures, traitements et soins médicaux ne donnent pas droit aux prestations conformément à leur art. 18. Ainsi, contrairement à ce que semble alléguer le demandeur, on ne saurait considérer que toute prestation médicale est couverte sans conditions et dans la mesure non prise en charge au titre de la LAMal par les assurances complémentaires régies par ces CGA.

L'art. 18 let. g CGA exclut en particulier que des prestations soient versées en cas de traitement dont l'efficacité ou l'adéquation n'a pas été démontrée, ou qui n'est pas économique.

Or, comme cela ressort a contrario des dispositions précitées de la LAMal et de la jurisprudence, l'exclusion d'un traitement prodigué par un médecin dans l'OPAS signifie que les trois conditions cumulatives du droit au traitement médical selon la LAMal – soit l'efficacité, l'adéquation et l'économicité – ne sont pas toutes réalisées. Si l'on se réfère aux explications du Pr B_____ du 18 décembre 2017, il semble d'ailleurs que la mention de la discectomie percutanée dans la liste des prestations non remboursées par l'assurance obligatoire des soins résulte de l'absence d'études scientifiques démontrant son efficacité.

Partant, l'art. 18 let. g CGA subordonne le droit aux prestations de l'assurance complémentaire aux mêmes conditions que celles prévues par la LAMal, même s'il ne s'y réfère pas expressément. Cela a pour corollaire que seuls les traitements à charge de l'assurance obligatoire des soins peuvent ouvrir un droit aux prestations des assurances complémentaires.

c) L'exégèse des CPA ne permet pas d'aboutir à un autre résultat. En effet, elles prévoient à leur art. 1 que les prestations relevant de la couverture Global Solution sont fournies en complément aux soins selon la LAMal. Selon les dictionnaires Larousse et Reverso en ligne, le terme « complément » désigne « ce qui peut ou doit être ajouté afin de compléter ». Le site wiktionary définit ce mot comme « ce qui s'ajoute ou doit s'ajouter à une chose pour la rendre entière, complète ». Ainsi,

au plan littéral, la notion « en complément » suppose un élément qui s'ajoute à une base existante, qui consiste en l'espèce en la part des traitements et frais subis remboursée par la LAMal.

L'art. 20 ch. 3 CGA tend également à confirmer le caractère complémentaire, au sens de partiel, de la couverture Global Solution, dès lors que cette disposition précise que seuls les montants excédant les remboursements de la LAMal sont couverts, et ce même si l'assuré ne dispose pas d'une assurance obligatoire de soins.

En d'autres termes, contrairement à ce qu'affirme le demandeur, la notion « en complément à » doit être comprise en ce sens que les prestations versées par l'assurance complémentaire s'ajoutent à une prise en charge partielle – fût-elle théorique – au titre de l'assurance obligatoire, ce qui implique que le traitement de base soit à la charge de la LAMal.

Enfin, l'art. 5 CPA confirme cette analyse. Il stipule en effet expressément que sont pris en charge les traitements reconnus par la LAMal s'agissant des prestations couvertes par l'assurance privée en matière de traitements stationnaires. Cette disposition ne laisse ainsi guère d'ambiguïté quant au fait que seules les prestations hospitalières et les honoraires en lien avec des interventions couvertes par l'assurance obligatoire sont à la charge de la défenderesse.

Ainsi, quand bien même les explications que la défenderesse a données le 14 février 2018 au sujet de la couverture Global Solution sont sibyllines, les CGA et les CPA sont quant à elles sans équivoque quant à la portée de cette couverture lorsque le traitement de base n'est pas à la charge de l'assurance-maladie. Partant, son refus de prester est fondé.

9. Le demandeur a sollicité l'audition du Pr B_____. Dans la mesure où cette mesure vise à établir que la discectomie percutanée qu'il a pratiquée est habituellement remboursée par les assureurs-maladie, la chambre de céans n'y donnera pas suite, par appréciation anticipée des preuves (ATF 138 III 374 consid. 4.3.2). En effet, la pratique d'autres assureurs-maladie est sans pertinence s'agissant des prétentions fondées sur une police d'assurance privée, lesquelles s'analysent à l'aune de l'accord conclu par les parties. De plus, dans l'hypothèse où le Pr B_____ aurait donné des informations erronées sur la prise en charge du traitement par l'assurance-maladie au demandeur, il ne s'agit pas là d'un élément opposable à la défenderesse. La chambre de céans n'a ainsi pas à se pencher sur ce point dans la présente procédure, étant rappelé que l'obligation d'informer du médecin, notamment quant aux aspects financiers et asséculoologiques du traitement, découle tant du droit à l'intégrité personnelle du patient que des obligations contractuelles du médecin (ATF 133 III 121 consid. 4.1.1 et 4.1.2. et arrêt du Tribunal fédéral 4A_487/2016 du 1^{er} février 2017 consid. 3.2) dont elle ne connaît pas.
10. La demande doit dès lors être rejetée.

Il n'est pas 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]) ni perçu de frais judiciaires (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. 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

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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