

## **GE\_GERICHTE ATAS/1376/2009 vom 10. November 2009**

GE Cour de justice, 2009-11-10, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1376\\_2009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1376_2009)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1376/2009 du 10 novembre 2009

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1376/2009 del 10 novembre 2009

### **Erwägungen**

#### **E. 42**

Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

#### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 4 et let. c de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît 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) qui sont 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, et à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la Loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20), 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). 2. L'art. 46a de la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA) dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2006, prévoit que le for se définit selon la loi fédérale du 24 mars 2000 sur les fors en matière civile (LFors), dont l'art. 3 al. 1er let. b prescrit que le for est, pour les actions dirigées contre une personne morale, celui de son siège. Les art. 23 al. 2 des conditions générales (ci-après CG) de LA SUISSE, lesquelles ont été reprises par HELSANA, et l'art. 25 CG INTRAS, prévoient cependant qu'en cas de contentieux, l'ayant droit peut choisir entre le for juridique du siège de l'assureur ou celui de son propre domicile. Une telle élection de for, favorable à l'assuré, est admise par l'art. 9 LFors et en remplit les conditions de validité. 3. Dans un arrêt du 26 août 2005 (ACOM 55/2005), le Tribunal des conflits a eu l'occasion de préciser que le Tribunal cantonal des assurances sociales est saisi de l'ensemble du contentieux en matière d'assurances complémentaires privées, tant dans le domaine de l'assurance-maladie que dans celui de l'assurance-accidents, que cette assurance complémentaire soit offerte par une caisse-maladie ou par une institution d'assurance privée, autorisée ou non par l'autorité de surveillance (voir aussi, p. ex., ATF 131 V 271 consid. 2). 4. La compétence du Tribunal de céans est ainsi établie.

A/4485/2008 - 11/20 - 5. Formée dans le respect des conditions prévues à l'art. 89B de la loi genevoise du 12 septembre 1985 sur la procédure administrative (LPA), la demande déposée au greffe du Tribunal le 8 décembre 2008 est recevable. 6. La LCA a subi des modifications. La novelle du 17 décembre 2004 (FF 2003 3353), est entrée en vigueur le 1er janvier 2006, respectivement le 1er janvier 2007. Cependant, du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits. 7. La question litigieuse est celle de savoir si les frais privés engendrés par l'opération de la hanche en 2008 de l'assurée doivent être pris en charge par

l'assureur-accident HELSANA ou l'assureur-maladie INTRAS et, cas échéant, par lequel des deux. Singulièrement, il sied de déterminer si l'intervention effectuée en 2008 est en relation de causalité avec l'accident survenu en 1993 et d'interpréter les conditions générales des assureurs. 8. Aux termes de l'art. 46 al. 1 LCA, les créances qui dérivent du contrat d'assurance se prescrivent par deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation. En l'espèce, le litige concerne les frais privés de l'hospitalisation intervenue durant le mois de janvier 2008, plus particulièrement les factures des HUG des 20 et 27 mars 2008 dont le montant total s'élève à 18'113.65 fr.. Par conséquent, la prescription de deux ans n'est pas acquise, étant par ailleurs précisé que les commandements de payer notifiés aux défenderesses les 4 août 2008 et 14 août 2008 ont interrompu ce délai. 9. Dans un premier temps, il sied de déterminer si le cas relève d'une maladie ou d'un accident. 10. S'agissant d'HELSANA, l'art. 3 chiffre 1 let. a de ses conditions générales prévoit qu'est un accident, "toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire. Les lésions corporelles suivantes, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire : les fractures, dans la mesure où elles ne sont pas manifestement causées par une maladie." En outre, aux termes de l'art. 13 chiffre 1 des conditions générales d'HELSANA respectivement de LA SUISSE intitulées B 1-80, " si les frais de guérison ont été assurés, "LA SUISSE" les rembourse pour autant qu'ils aient été encourus dans les cinq ans qui suivent le jour de l'accident. Si à l'expiration de cette période le traitement médical n'a pas encore pris fin, LA SUISSE continue à rembourser les frais de guérison jusqu'à concurrence d'un montant supplémentaire de Fr. 25'000".

A/4485/2008 - 12/20 - A noter que les conditions générales intitulées CGA AI 87 prévoient, quant à elles, un plafond de 50'000 en lieu et place des 25'000 fr. prévues dans les conditions générales mentionnées ci-dessus. Toutefois, il n'est pas nécessaire de déterminer laquelle de ces deux versions trouve application en l'espèce dans la mesure où le montant litigieux est inférieur à 25'000 fr. 11. L'art. 13 ch.2.1 CG précise quant à lui que les frais pris en charge par l'assureur comprennent toutes les dépenses nécessitées par les traitements exécutés ou ordonnés par un médecin. Selon l'art. 7 chiffre 1 des conditions générales d'HELSANA pour les assurances maladies complémentaires, dans sa version au 1er janvier 2008, "par maladie, on entend toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail. En outre selon l'art. 7 chiffre 4 desdites conditions générales, "les lésions corporelles assimilées à un accident conformément à la législation sur l'assurance-accident sont également considérées comme des accidents". 12. Concernant INTRAS, l'art. 3 ch. 2 de ses conditions générales prévoit qu'est un accident "toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale". En outre, selon l'art. 3 ch. 3 CG, traitant indistinctement les cas de maladie ou d'accident, "tout événement donne droit à des prestations. Si une nouvelle maladie ou un nouvel accident survient avant que le premier cas ait pris fin, il constitue un nouveau cas, s'il n'a aucun rapport avec le premier. Une maladie ou une séquelle d'accident qui, médicalement, se rattache à une maladie antérieure ou à un accident passé (rechute) est considérée comme un nouveau cas, si l'assuré n'a pas été en traitement pour cette maladie ou cette séquelle d'accident au cours des 12 mois qui suivent la fin du cas antérieur". Il ressort par ailleurs de l'art. 3 ch. 1 des conditions générales d'INTRAS qu'est une maladie "toute atteinte à la santé physique ou mentale qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical". 13. En

l'espèce, le 12 novembre 1996 déjà, le Dr P \_\_\_\_\_ avait indiqué qu'en raison de la nature de la fracture, il fallait s'attendre dans le futur à une possible arthrose de la hanche gauche. Il résulte par ailleurs du compte-rendu opératoire du 17 janvier 2008 du Professeur L \_\_\_\_\_ que sa patiente souffre d'une coxarthrose post-traumatique avec comme antécédents "une ostéosynthèse du cotyle gauche pour fracture AVP en 1992". En outre, dans son courrier du 21 octobre 2008 le Professeur a également indiqué que la coxarthrose est la cause

A/4485/2008 - 13/20 - directe de l'accident survenu en 1993, laquelle a entraîné l'intervention du 16 janvier 2008, soit la mise en place d'une prothèse sur la hanche gauche de la demanderesse. Le médecin-conseil d'INTRAS a quant à lui expliqué de façon convaincante, dans une appréciation médicale du 13 janvier 2009, les raisons pour lesquelles une coxarthrose d'origine autre que post-traumatique et imposant une opération chez une patiente jeune était hautement improbable et impliquerait alors une atteinte bilatérale, ce qui n'est pas le cas en l'espèce. Enfin, toutes les factures émises par les HUG contiennent la mention "accident", de sorte que ces derniers estimaient également, à tout le moins implicitement, que les traitements dispensés étaient consécutifs à l'accident survenu en 1993. 14. Seule l'attestation du Professeur L \_\_\_\_\_ du 17 avril 2008 indique que l'opération subie au cours de cette année est une maladie. Toutefois, par courrier du 11 septembre 2009, le médecin a précisé que cette attestation était erronée et a expliqué de façon convaincante les raisons pour lesquelles l'évolution de la fracture en coxarthrose, bien que lente, ne faisait aucune doute pour lui. Il a également mentionné que la littérature médicale relevait un pourcentage non négligeable de cas similaires à celui de l'assurée. Ces dernières constatations sont corroborées par tous les courriers échangés entre les parties, soit notamment ceux des 15 et 29 janvier, 14 et 19 février 2008. Enfin, HELSANA n'a jamais contesté cette qualification ni produit d'avis médical contraire. 15. Par conséquent, il sied de retenir que l'intervention chirurgicale subie par la demanderesse en janvier 2008 et visant à la pose d'une prothèse au niveau de la hanche est due à l'accident dont elle a été victime le 10 juin 1993 et relève donc de l'assurance-complémentaire accident. En effet, quand bien même l'art. 3.5 CH HELSANA ne traite pas de rechutes ou d'atteintes en relation avec un événement accidentel, il découle des art. 13 ch. 1 et 13 ch.2.1 CG HELSANA que les dépenses assurées rendues nécessaires par un accident sont pris en charges également par l'assureur accident. 16. Dans ces circonstances, le Tribunal libère INTRAS de l'action interjetée à son encontre. 17. HELSANA allègue que les frais privés liés à l'intervention de 2008 ne sont pas à sa charge, dès lors que, d'une part, l'intervention a été effectuée plus de cinq ans après l'accident et que, d'autre part, le traitement de l'assurée n'a pas été continu. 18. 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 des dispositions statutaires ou réglementaires dans les branches d'assurances complémentaires qui relèvent de la liberté contractuelle des parties

A/4485/2008 - 14/20 - hormis quelques dispositions impératives en matière d'indemnité journalière (ATF 124 V 201 consid. 3d; ATAS/1104/2006). 19. Les principes généraux de l'interprétation des contrats s'appliquent au contrat d'assurance, autant que la loi spéciale ne contient pas de dispositions particulières : l'art. 100 al. 1 LCA renvoie au droit des obligations (cf. ATF 118 II 342 consid. 1a). Il s'ensuit qu'en présence d'un litige sur l'interprétation d'une disposition contractuelle, le juge doit tout d'abord s'efforcer de déterminer la commune et réelle intention des parties, sans s'arrêter aux expressions ou

dénominations inexactes dont elles ont pu se servir, soit par erreur, soit pour déguiser la nature véritable de la convention (art. 18 al. 1 CO). S'il ne parvient pas à établir avec sûreté cette volonté effective, ou s'il constate que l'un des cocontractants 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 en fonction de l'ensemble des circonstances, étant rappelé que ce principe permet d'imputer à une partie le sens objectif de sa déclaration ou de son comportement, même s'il ne correspond pas à sa volonté intime (application du principe de la confiance (ATF 133 III 675 consid. 3.3; 130 III 417 consid. 3.2). 20. Conformément au principe de la bonne foi, les termes utilisés dans les certificats d'assurance et les dispositions internes des caisses-maladie (statuts, règlement d'assurance, etc.) doivent être interprétés comme un assuré peut et doit les comprendre en faisant preuve de l'attention qu'on est en droit d'attendre de lui. Ce dernier ne saurait donc subir de préjudice en raison du manque de clarté ou de l'imprécision d'une clause rédigée par la caisse (ATF 119 V 152 consid. 4, 118 V 51 consid. 3 et les références). Par ailleurs, le principe de la confiance permet d'imputer à une partie le sens objectif de son comportement, même si celui-ci ne correspond pas à sa volonté intime (ATF 127 III 279, consid. 2c/ee p. 287 et les références doctrinales). 21. Dans le domaine particulier du contrat d'assurance, l'art. 33 LCA précise que 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 en résulte que le preneur d'assurance est couvert contre le risque tel qu'il pouvait le comprendre de bonne foi à la lecture des conditions générales; si l'assureur entendait apporter des restrictions ou des exceptions, il lui incombait de le dire clairement. Conformément au principe de la confiance, c'est à l'assureur qu'il incombe de délimiter la portée de l'engagement qu'il entend prendre et le preneur n'a pas à supposer des restrictions qui ne lui ont pas été clairement présentées (ATF 133 III 675 consid. 3.3). Cette disposition concrétise l'adage "in dubio contra stipulatorem" qui veut que, de façon subsidiaire, soit lorsqu'il subsiste un doute sur le sens de dispositions rédigées par l'assureur, ainsi dans les conditions générales préformulées, celles-ci sont à interpréter en défaveur de leur auteur

A/4485/2008 - 15/20 - ("Unklarheitsregel"; ATF 122 III 118 consid. 2a; 119 II 368 consid. 4b; 118 II 342 consid. 1a). 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 le doute créé par les moyens d'une interprétation ordinaire (ATF 122 III 118 consid. 2d; 118 II 342 consid. 1a p. 344; 100 II 144 consid. 4c; 99 II 290 consid. 5). 22. L'art. 13 ch. 1 des conditions générales "AI 87" de l'assurance individuelle contre les accidents de LA SUISSE conclue le 7 décembre 2000 prévoyait que " La Suisse rembourse les frais encourus sans limite de montant, sous réserve des chiffres 13.1.6 et 13.1.7 ci-dessous, durant 5 ans à compter du jour de l'accident. Si à l'expiration de cette période le traitement médical n'a pas encore pris fin, La Suisse continue à rembourser les frais de guérison jusqu'à concurrence de Fr. 50'000.-". En outre, l'art. 13 ch.1 des conditions générales "B 1-80" de l'assurance individuelle contre les accidents de LA SUISSE indiquait que " si les frais de guérison ont été assurés "LA SUISSE" les rembourse pour autant qu'ils aient été encourus dans les cinq ans qui suivent le jour de l'accident. Si à l'expiration de cette période le traitement médical n'a pas encore pris fin, LA SUISSE continue de rembourser les frais de guérison jusqu'à concurrence d'un montant

supplémentaire de Fr. 25'000.-" Il résulte de cet article que les frais consécutifs à un accident sont pris en charge par l'assurance complémentaire durant un délai de cinq ans depuis l'accident. Si après ce délai, le traitement n'a toujours pas pris fin, l'assureur rembourse encore les frais encourus jusqu'à concurrence de 25'000.-. Il en découle que l'assureur a tout d'abord prévu une limite temporelle de cinq ans avec extension pour un montant de 25'000 fr. sans que ne soit prévu par écrit une seconde limite temporelle pour cette extension. Dans le cas particulier, il n'y a pas réelle et commune intention des parties concernant l'art. 13 ch. 1 CG mais dissentiment caché puisque les parties se sont exprimées de manière concordante par le biais de conditions générales, mais n'ont pas eu la même compréhension de ce qui a été dit ( THEVENOZ, WERRO, Commentaire romand, Code des obligations I, Bâle 2003, N. 138 p. 106). En effet, à la lecture de l'art. 13 ch. 1 CG, la demanderesse comprend que l'opération subie en 2008 doit être prise en charge alors que la défenderesse prétend le contraire. Plus particulièrement, la controverse réside dans l'interprétation des termes suivants : "le traitement médical n'a pas encore pris fin (...)". Il y a donc bien compréhension divergente de cet article. Il convient ainsi de rechercher le sens que les parties devaient donner à l'art. 13 ch. 1 CG HELSANA selon les règles de la bonne foi.

A/4485/2008 - 16/20 - Le terme litigieux "n'a pas pris fin" peut être a priori compris de différentes façons. Selon le dictionnaire Larousse, le terme "fin" signifie la cessation, l'achèvement de quelque chose. La défenderesse allègue quant à elle qu'il convient de comprendre les termes susmentionnés dans le sens que le traitement doit être "continu". Selon le dictionnaire Robert, ce terme signifie "qui n'est pas interrompu dans le temps" et propose comme synonymes les termes continu, incessant ou ininterrompu. Le dictionnaire Larousse contient la même définition et propose notamment comme synonymes les termes "incessant, permanent, persistant" et comme termes contraires les mots "discontinu ou intermittent". Ainsi, au regard des définitions ci-dessus, un traitement prend fin lorsqu'il est achevé c'est-à-dire lorsque le patient est guéri ou lorsque toutes les mesures médicales envisageables lui ont été apportées, alors qu'un traitement est continu lorsqu'il est incessant ou a été ininterrompu. Ces deux définitions sont très différentes voire contradictoires. En effet, un traitement interrompu n'a pas forcément pris fin. Ainsi, à la lecture de l'art. 13 ch. 1 CG, la demanderesse pouvait comprendre, de bonne foi, que tout traitement qui n'a pas pris fin est pris en charge après un délai de cinq ans à concurrence d'un montant de 25'000 fr. Or, son traitement n'avait, en l'espèce, pas pris fin, dans la mesure où il ressort des pièces fournies et de l'écriture d'INTRAS du 26 février 2009, que l'assurée, depuis l'accident survenu en 1993, a subi un scanner de sa hanche en novembre 1996, s'est rendue à l'institut BEAU- SOLEIL en août 1997 pour des radiographies, a été examinée par le Dr P\_\_\_\_\_ en 1996 et 1998, a subi des contrôles effectués par le Professeur L\_\_\_\_\_ en 1999, août 2004, octobre 2006, novembre et décembre 2007, s'est rendue à la clinique des GRANGETTES pour un examen de sa hanche en juin 2005, a suivi des séances de physiothérapie pour sa hanche d'août à septembre 2004 et d'avril à décembre 2007. Ces pièces démontrent par ailleurs que l'assurée a tenté différents traitements pour soulager son problème de hanche. Entre ces diverses tentatives, il lui a fallu un délai de réflexion pour juger de leur efficacité et afin de déterminer quelles autres alternatives pouvaient encore être envisagées, l'option chirurgicale ayant bien entendu été tentée en dernier recours. Il ne peut ainsi être reproché à l'assurée d'avoir laissé écouler un laps de temps trop long entre les différentes consultations ou traitements, de sorte que l'on ne saurait parler d'interruption de traitement à proprement parler. Quoi qu'il en soit, l'interprétation de l'assureur de ses propres conditions générales, selon laquelle l'assurée doit être en

"traitement continu" pour pouvoir bénéficier de prestations est trop restrictive et s'éloigne largement de la lettre de l'art. 13 CG.

A/4485/2008 - 17/20 - 23. S'agissant des factures produites par l'assurée concernant les années 2000 à 2007, HELSANA allègue qu'elles ne peuvent concerner l'accident de 1993 dans la mesure où aucun remboursement ne lui a été demandé. La défenderesse perd ici de vue que le volet obligatoire des soins était à la charge d'INTRAS et que lesdites factures ne constituent vraisemblablement pas des frais privés. C'est le lieu de préciser que, l'assureur n'allègue pas que les frais démontrés par factures n'entrent pas dans sa définition de traitement médical. 24. HELSANA soutient encore qu'une interprétation différente de la sienne n'est pas logique dans la mesure où elle signifierait qu'un assuré pourrait se faire soigner après le délai prévu de cinq ans pendant encore 30 ans, alors que la limite temporelle vise justement à éviter ce genre de situation. Cet argument ne saurait être retenu. En effet, ce montant supplémentaire de 25'000.- a, au contraire, comme objectif d'étendre la limite dans un premier temps fixée à cinq ans mais délimite par ailleurs la responsabilité de l'assureur à un montant précis. Par ailleurs, il appartenait à l'assureur, lequel est libre de déterminer le contenu de ses conditions générales, de prévoir par écrit une limite temporelle à ce montant s'il le souhaitait. Enfin, l'assurée pouvait de bonne foi déduire du comportement de son assureur qui avait pris en charge des frais durant l'année 2000, soit au-delà du délai de cinq ans, que l'art. 13 ch. 1 CG ne faisait pas obstacle à la prise en charge des frais privés relatifs à l'intervention de 2008. S'agissant de l'art. 13 ch. 1 CG, le Tribunal rappellera, que les conditions générales rédigées subséquentement par HELSANA ont étendu la limite de prise en charge des frais au montant de 50'000 fr., ce qui démontre qu'il n'est pas rare que des frais de traitement doivent être remboursés au-delà du délai de cinq ans. 25. Il résulte de ce qui précède que l'intervention subie par l'assurée en 2008, ayant engendré des frais privés pour un montant de 18'190 fr. 75 devra être prise en charge par HELSANA. 26. S'agissant des intérêts moratoires, l'art. 41 al. 1 LCA dispose que la créance qui résulte du contrat est échue quatre semaines après le moment où l'assureur a reçu les renseignements de nature à lui permettre de se convaincre du bien-fondé de la prétention. Ce délai n'a plus de raison d'être dès le moment où l'assureur conteste à tort son obligation. La prestation devient alors immédiatement exigible. L'interpellation de l'assureur est nécessaire à sa mise en demeure, laquelle suppose l'exigibilité de la créance. Aucun intérêt moratoire n'est dû par l'assureur qui n'a pas encore été mis en demeure. Cette interpellation n'est pas suffisamment précise lorsque l'ayant droit s'est borné à envoyer des lettres demandant à l'assureur de confirmer qu'il reconnaît sa responsabilité (CARRE, Loi fédérale sur le contrat d'assurance, édition annotée, 2000, ad art. 41 LCA, p. 301 et les références citées). L'intérêt moratoire est fixé à

A/4485/2008 - 18/20 - 5% conformément aux art. 102 et 104 du code des obligations du 30 mars 1911 (CO) applicable par renvoi de l'art. 100 LCA. En l'espèce, l'assurée n'a pas mis en demeure HELSANA de lui payer le montant correspondant aux frais générés par l'opération subie en 2008. Ainsi, les intérêts ne sont dus que dès la date figurant sur le commandement de payer, soit le 27 mars 2008.

\* \* \* \* \*

A/4485/2008 - 19/20 -

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.