

GE_GERICHTE A/4485/2008 vom 10. November 2009

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4485_2008

FR: GE_GERICHTE A/4485/2008 du 10 novembre 2009

IT: GE_GERICHTE A/4485/2008 del 10 novembre 2009

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 10.11.2009
A/4485/2008

A/4485/2008 ATAS/1376/2009 du 10.11.2009 (LCA) , ADMIS En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/4485/2008
ATAS/1376/2009 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES
SOCIALES Chambre 1 du 10 novembre 2009 En la cause Madame D _____,
domiciliée à PUPLINGE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître
D _____ demanderesse contre HELSANA ASSURANCES SA, sise av. de
Provence 15, case postale 839, 1001 LAUSANNE INTRAS ASSURANCES SA, sise rue
Blavignac 10, 1227 CAROUGE défenderesses EN FAIT Madame D _____
(ci-après l'assurée ou la demanderesse), née en 1962, a été affiliée obligatoirement auprès
de la caisse maladie et accident "LA SUISSE ASSURANCES" (ci-après LA SUISSE). Elle
a également souscrit une assurance complémentaire maladie et accident auprès de ce même
assureur. En date du 10 juin 1993, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation
ayant pour conséquence des plaies multiples du visage et aux membres inférieurs, une
fracture transverse avec fracture de la paroi postérieure du cotyle gauche, une fracture de
l'épiphyse distale du radius droit et un traumatisme cranio-cérébral, lesquels ont nécessité
une hospitalisation et plusieurs interventions chirurgicales. Les frais relatifs à cet accident
ont été pris en charge par LA SUISSE. L'assurée a depuis cette date été suivie par le
professeur L _____, médecin FMH, chef du service de chirurgie orthopédique et
traumatologique de l'appareil moteur des HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (
ci-après HUG). Un rapport du Docteur M _____, médecin de la permanence de
l'HOPITAL DE LA TOUR du 26 août 1996 mentionnait que la fracture plurifragmentaire
du cotyle gauche avait un aspect très satisfaisant et que les images ne montraient aucun
fragment osseux ou une calcification intra-articulaire. En revanche, il a remarqué une zone
de condensation osseuse avec un contour au niveau de la face articulaire légèrement
irrégulière à la partie supéro-postérieure évoquant une condensation post-traumatique. Le 8
juillet 1997, la recourante a présenté une fracture de fatigue. Un bilan du squelette effectué
le 21 août 1997 par les Dr N _____, spécialiste en radiologie, et O _____ de
L'INSTITUT DE TESTS ISOTOPIQUES BEAU-SOLEIL, a mis en évidence une
augmentation de la densité osseuse par rapport à l'année 1991 et une persistance
d'ostéopénie généralisée. Dans un formulaire à l'intention de LA SUISSE, complété le 12
novembre 1996, par le Docteur P _____ spécialiste FMH en orthopédie, le médecin a
notamment indiqué que l'assurée présentait une fracture de la hanche gauche et qu'il fallait
s'attendre à une possible arthrose, à long terme. Dans un formulaire complété le 20
novembre 1998, le Dr P _____ a précisé que le traitement médical avait été dispensé
du 19 juillet au 25 septembre 1997. A la question de savoir s'il convenait de s'attendre à un
dommage permanent, le médecin a répondu cette fois-ci négativement. Dans une

communication interne datée du 24 mai 2000, LA SUISSE a rappelé la teneur de l'art. 13 de ses conditions générales d'assurances, selon lequel le montant supplémentaire de 25'000 fr. octroyé à l'expiration du délai de 5 ans ne pouvait l'être que dans la mesure où le traitement médical n'avait pas encore pris fin. Par conséquent, elle n'aurait pas dû prendre les frais à sa charge au-delà de ce délai, dès lors qu'il y avait, en l'espèce, eu une interruption de traitement et que les 5 ans étaient dépassés. Toutefois, dans la mesure où l'un de ses collaborateurs avait, par erreur, confirmé une telle prise en charge, elle ne souhaitait pas revenir à présent sur sa position. Ainsi, elle a indiqué qu'exceptionnellement, elle interviendrait jusqu'à concurrence de ce montant de 25'000 fr. prévus pour les frais qui pourraient survenir après le délai de cinq ans. Il ressort des pièces produites par l'assurée que cette dernière s'est rendue à diverses consultations du Professeur L. _____ au sein de la polyclinique de chirurgie des HUG, respectivement les 5 août 2004, 23 octobre 2006, 16 janvier, 26 novembre et 14 décembre 2007. Sur ces factures était indiquée la mention "accident". Par ailleurs, elle a également consulté à la CLINIQUE DES GRANGETTES pour un examen de sa hanche le 7 juin 2005. Du 16 août 2004 au 16 septembre 2004, l'assurée a suivi un traitement de physiothérapie dispensé par Monsieur E. _____. En 2005, la SUISSE a été transférée en partie à HELSANA ASSURANCES SA (ci-après HELSANA), cette dernière ayant repris le contrat d'assurance-accident complémentaire conclu à l'époque avec l'assurée. Le contrat d'assurance maladie complémentaire a, quant à lui, été repris par INTRAS ASSURANCES SA (ci-après INTRAS). L'assurée était alors au bénéfice d'une assurance maladie complémentaire "QUADRA + PRIVEE". Au surplus, INTRAS couvrait le volet obligatoire de l'assurance maladie et accident. Monsieur E. _____, physiothérapeute, a indiqué dans un courrier du 19 décembre 2008 que le traitement dispensé du 4 avril au 20 août 2007 et du 8 octobre au 13 décembre 2007 en raison de douleurs au niveau de la hanche gauche était, selon lui, une suite de l'accident qui s'est produit en 1993. Du 15 au 21 janvier 2008, l'assurée a été hospitalisée aux HUG afin de subir une intervention chirurgicale visant la pose d'une prothèse totale de la hanche gauche, l'évolution d'une arthrose sur sa hanche rendant nécessaire une intervention chirurgicale. Dans le compte-rendu opératoire du 17 janvier 2008 relatif à l'opération susmentionnée, le Professeur L. _____ et le Dr Q. _____, médecin FMH, médecine interne, ont posé comme diagnostic une coxarthrose post-traumatique avec comme antécédents "une ostéosynthèse du cotyle gauche pour fracture AVP en 1992". Il était par ailleurs indiqué dans l'anamnèse un status post-os fracture du cotyle gauche en 1992 et un développement d'une arthrose sévère chez une patiente sportive. Par courrier adressé à HELSANA le 29 janvier 2008, l'assurée a confirmé que l'intervention effectuée par le Professeur L. _____ et les soins préparatoires constituaient une suite de l'accident survenu en 1993 et qu'il ne s'agissait ainsi pas d'un nouveau sinistre. HELSANA a adressé un courrier à la demanderesse le 14 février 2008, dans lequel elle a indiqué qu'il ne lui était pas possible de prendre en charge les frais relatifs au nouveau traitement institué en 2008, dès lors qu'il ressortait de ses conditions générales que son intervention prenait fin après 5 ans à compter de la date de l'accident. Dans un courrier du 19 février 2008, l'assurée a demandé à INTRAS de bien vouloir approcher HELSANA afin de résoudre le problème de prise en charge des frais relatifs à l'opération. Par courrier adressé le 14 février 2008 à l'assurée, HELSANA a répété qu'il ne lui était pas possible de prendre en charge les frais liés au traitement effectués en 2008 en section privée dans la mesure où, selon ses conditions générales, son intervention prenait fin au plus tard après 5 ans à compter de la date de l'accident. Elle a ajouté que sa participation durant

l'année 2002 était à bien plaie et sans reconnaissance d'une quelconque obligation puisque le délai de 5 ans figurant dans les conditions générales était déjà arrivé à échéance à cette date. En réponse au courrier de l'assurée, INTRAS a mentionné, le 14 mars 2008, que l'intervention subie aux HUG le 16 janvier 2008 était consécutive à un accident qui n'était plus couvert par HELSANA et que, partant, elle ne pouvait prendre en charge que les frais découlant de l'assurance obligatoire des soins. En revanche, s'agissant des frais privés, aucune prestation ne pouvait être allouée dans la mesure où l'assurée n'avait pas contracté de couverture complémentaire avec elle. Dans un courrier adressés à la demanderesse le 27 mars 2008, HELSANA a confirmé sa prise de position. Dans deux courrier adressé à INTRAS et datés respectivement des 7 et 8 avril 2008, l'assurée a adressé diverses factures concernant l'hospitalisation du 16 janvier 2008 consécutive à l'accident du 10 juin 1993. Par courrier recommandé du 11 avril 2008, INTRAS a indiqué qu'elle maintenait sa position, selon laquelle l'intervention pratiquée en janvier 2008 était la suite de l'accident dont l'assurée avait été victime en 1993. Dans ces circonstances, elle n'était tenue de prendre en charge les frais consécutifs à l'intervention subie le 16 janvier que pour ce qui concerne le volet obligatoire des soins. Dans un certificat du 17 avril 2008, le Professeur L. _____ a déclaré que l'hospitalisation consécutive à l'intervention du 16 janvier 2008 relevait d'un cas de maladie. Le 18 avril 2008, HELSANA a réaffirmé sa position. Elle a rappelé la teneur de l'art. 13 ch.1 de ses conditions générales et a notamment précisé que dès le mois juin 1998, l'assurée ne suivait plus aucun traitement médical et que par conséquent les conditions relatives à l'octroi de prestations n'étaient pas réunies. Dans un courrier du 21 avril 2008 adressé à INTRAS, l'assurée s'est dite surprise de constater qu'INTRAS refusait de prendre en charge les frais d'hospitalisation, y compris la surprime de première classe, de même que les honoraires du médecin anesthésiste, et ceux du Professeur L. _____. Le 3 juin 2008, INTRAS a constaté que selon les correspondances échangées, à savoir un courrier des HUG du 15 janvier 2008 adressé à INTRAS, deux courriers échangés entre l'assurée et HELSANA les 29 janvier et 14 février 2008, un courrier adressé par l'assurée à INTRAS le 19 février 2008 et enfin du compte rendu opératoire du 17 janvier 2008, que l'intervention pratiquée en janvier 2008 était clairement une suite de l'accident dont cette dernière avait été victime en 1993. Par conséquent, elle s'étonnait de ce que le Professeur L. _____, dans un certificat du 17 avril 2008, ait qualifié l'hospitalisation de 2008 de maladie. En outre, elle a rappelé avoir pris en charge les frais liés à cette opération sur la base de l'assurance obligatoire de soins, mais n'être pas en mesure de couvrir les frais privés résultant de cette opération. Dans un courrier du 21 octobre 2008, le Professeur L. _____, s'adressant à l'assurée, a affirmé n'avoir jamais "fermé" le dossier concernant l'accident survenu en 1993 et a ajouté que l'accident était "la cause directe de la coxarthrose, entraînant l'intervention du 16 janvier 2008, pour la mise en place d'une prothèse totale de la hanche gauche". Le 15 décembre 2008, l'assurée a confirmé par courrier adressé à INTRAS que la facture du Professeur L. _____ du 10 novembre 2008, comme les précédentes, concernaient toujours les suites de l'accident dont elle avait été victime en 1993. Deux commandements de payer ont été notifiés, sur réquisition de l'assurée, à HELSANA et à INTRAS, respectivement les 4 et 14 août 2008 pour un montant de 18'191.25 fr. chacun, lesquels ont été frappés d'opposition. L'assurée a déposé une demande en paiement le 8 décembre 2008, à l'encontre des deux assureurs. Elle conclut à l'encontre de chacun d'eux au paiement d'un montant de 18'191 fr. avec intérêt à 5 % l'an dès le 27 mars 2008 et à la mainlevée de l'opposition faite aux commandements de payer N. 08 203687 Y et N. 107127. Elle allègue que la coxarthrose

dont elle souffre doit être considérée comme un nouveau cas au sens de l'art. 3 des conditions générales d'assurances d'INTRAS et que, partant, celle-ci est tenue de prendre en charge la totalité des frais de traitement et de pension sans limite de durée ni de montant. A l'encontre d'HELSANA, elle fait grief de ce que, dans l'hypothèse où l'atteinte devait être considérée comme étant un accident, cette dernière devait prendre en charge les frais y relatifs, dans la mesure où le traitement n'avait jamais cessé jusqu'en janvier 2008 et qu'HELSANA avait du reste pris en charge les traitements au-delà du délai de cinq ans. Dans un courrier du 22 décembre 2008, Monsieur E_____, physiothérapeute, a indiqué avoir traité l'assurée pour sa hanche gauche du 5 avril au 20 août 2007, et du 8 octobre au 13 décembre 2007. Il a ajouté que ce traitement était en relation avec l'accident qui s'est produit en 1993. Dans une appréciation médicale du 13 janvier 2009, le Dr R_____, médecin-conseil d'INTRAS, s'est exprimé comme suit : " Au moment de son accident en juin 1993 sur la voie publique, Madame D_____ a 31 ans. On diagnostique alors une fracture du bassin avec lésion du cotyle gauche. Tous les rapports médicaux (en particulier le compte rendu opératoire du 17.01.2008) confirment que l'opération du 17.01.2008 est rendue nécessaire par une coxarthrose gauche sévère secondaire à l'accident de 1993. En effet, une coxarthrose d'origine autre que post-traumatique et imposant une opération chez une patiente jeune (Mme D_____ a 46 ans en 2008) est hautement improbable et impliquerait alors une atteinte bilatérale, ce qui n'est pas le cas ici. Une coxarthrose dégénérative atteint habituellement des patients plus âgés et implique alors les 2 hanches. L'aspect unilatéral et l'âge de Mme Catherine D_____ affirment le lien de causalité avec l'accident de 1993 (...)" Dans sa réponse du 20 janvier 2009, INTRAS indique que la coxarthrose dont souffre la demanderesse est une suite de l'accident qui s'est produit en 1993, ce qu'HELSANA ne conteste d'ailleurs pas dès lors qu'elle se réfère exclusivement à ses conditions générales pour refuser le versement de prestations. En outre, l'assurée a effectué des séances de physiothérapie durant l'année 2007 pour des douleurs à la hanche gauche dont la cause n'est autre que l'accident de 1993 et n'a au surplus cessé d'être suivie régulièrement pour le traitement de ses séquelles. Elle a ainsi été traitée pour la coxarthrose au cours des 12 mois qui ont suivi l'accident de sorte qu'il ne s'agit donc pas d'un nouveau cas au sens de l'art. 3 ch. 3 des conditions générales d'assurances mais bien des suites de l'accident de 1993. Enfin, le médecin-conseil confirme que la coxarthrose dont souffre la demanderesse ne pouvait être qu'en relation avec l'accident de 1993. INTRAS conclut par conséquent au rejet de la demande de l'assurée pour ce qui la concerne. Dans sa réponse du 20 janvier 2009, HELSANA a indiqué que les CG AI80 fixant, à son art. 13.1, un montant limite à 25'000 fr. étaient applicables dans la mesure où seules ces dernières étaient en vigueur au moment de l'accident survenu en 1993. En effet, les CG AI 87 (fixant le montant limite à 50'000 fr.) entrées en vigueur postérieurement à l'accident, ne pouvaient entrer en considération. Elle allègue que l'art. 13.1 CG est parfaitement clair : seuls les frais de guérison occasionnés dans les cinq ans qui suivent le jour de l'accident sont remboursés. Les frais d'hospitalisation en chambre privée en 2008, soit quinze ans après l'accident, ne remplissent ainsi pas cette condition. Elle fait également grief de ce qu'une interprétation de bonne foi et objective de l'art. 13 ch.1 CG permet d'arriver à la conclusion "qu'en cas de traitement continu et dépassant le délai de cinq ans les frais de guérison sont remboursés à concurrence d'un montant de CHF 25'000 fr., à titre d'extension exceptionnelle de la garantie". Or, le traitement médical relatif à l'accident de 1993 s'est interrompu en 1996. En outre, le fait que "la SUISSE" s'est acquittée de factures en 2000 était à bien plaisir et ne constituait

assurément pas une reconnaissance d'obligation. Enfin, la déclaration du Professeur L. _____ selon laquelle l'intervention de 2008 est une maladie, est la seule qu'il convient de retenir et ce par application de la théorie des premières déclarations. Elle conclut ainsi également au déboutement de l'assurée. Le 23 février 2009, en réponse à l'écriture d'INTRAS du 20 janvier 2009, HELSANA, mentionne que les séances de physiothérapie suivies par l'assurée en 2007 ne sauraient apporter la preuve de ce que l'assurée a suivi un traitement durant cette période et que, a contrario, elles démontrent qu'il n'existe pas de traitement pour la coxarthrose avant l'année 2007. Par ailleurs, le Professeur L. _____ n'a jamais affirmé dans son courrier du 21 octobre 2008 avoir suivi la demanderesse pour les lésions dues à l'accident mais a simplement mentionné ne pas avoir "fermé" le dossier. Elle ajoute qu'elle n'a jamais examiné la question de savoir si la coxarthrose constituait une séquelle de l'accident puisque sur la base de ses conditions générales, elle ne devait en tous les cas pas fournir de prestations et que, de surcroît, cette distinction était uniquement déterminante pour INTRAS. Par ailleurs, HELSANA constate qu'aucune pièce n'infirme ni ne confirme le fait que l'assurée n'aurait, selon ses dires, jamais cessé d'être suivie pour le traitement de ses séquelles. Elle considère de plus que dans la mesure où la demanderesse n'a pas suivi de traitement continu pour des séquelles de l'accident depuis 1996 jusqu'à octobre 1999 et depuis 2000 à avril 2007, année où elle a bénéficié de séances de physiothérapie qui seraient en lien avec l'accident de 1993 d'après le physiothérapeute, elle n'a aucune obligation de fournir des prestations. Elle maintient au surplus ses déclarations et conclusions précédentes. Dans son écriture du 26 février 2009, INTRAS considère que l'interprétation faite par HELSANA relative à l'art. 13 ch. 1 de ses conditions générale est pour le moins aberrante. En effet, avec une telle interprétation, l'assuré doit être en traitement au moment même où le délai de cinq ans prend fin ; cela signifie, dans le cas particulier, dès lors que l'assurée ne se trouvait pas en traitement pour sa hanche à la date exacte du 11 juin 1998, qu'elle ne pouvait pas bénéficier de prestations d'HELSANA. Selon INTRAS, cet article doit être interprété de la façon suivante : "un traitement est terminé lorsque la personne est guérie ou du moins lorsqu'on lui a apporté toutes les mesures médicales possibles et nécessaires pour qu'elle recouvre un état de santé se rapprochant au mieux de celui qu'elle avait avant l'évènement accidentel." Elle ajoute que "de toute bonne foi, nous ne pouvons comprendre cette disposition comme l'obligation d'être toujours en traitement le jour de l'expiration du délai de cinq ans. Ne seraient alors pas traitées de la même manière les personnes ayant des atteintes à leur intégrité physique qui seraient soignables dans les cinq ans suivant leur accident et les personnes qui, selon l'atteinte subie, pourraient avoir des séquelles nécessitant des traitements bien au-delà de cinq ans". Elle précise que "le traitement médical n'a pas pu prendre fin puisque l'assurée a dû subir une opération en 2008 consistant en la pose d'une prothèse de la hanche gauche nécessaire en raison de l'arthrose générée par la fracture intervenue en raison de l'accident survenu en 1993". En outre, elle estime aberrant le fait de considérer que "le cas était liquidé" en 1996 alors que l'assurée a subi un scanner en novembre 1996 et un contrôle par le Professeur L. _____ en 1999. Ce contrôle a par ailleurs généré une facture, laquelle a été prise en charge par HELSANA. De plus, la théorie des premières déclarations auxquelles fait référence cette dernière s'agissant de l'attestation du Professeur L. _____ ne saurait s'appliquer ici. Enfin, l'assurée a, dans le courant de l'année 2007, suivi des séances de physiothérapie et de chiropractie en relation avec l'accident de 1993. Au vu de ce qui précède, INTRAS persiste dans l'intégralité de ses conclusions. Dans sa réplique du 26 février 2009, l'assurée allègue, en substance, que soit la coxarthrose doit

être qualifiée d'accident, pour lequel elle continue d'être suivie médicalement, et il appartient ainsi à HELSANA de prendre en charge les frais relevant de l'assurance-accident complémentaire, soit ladite coxarthrose est une maladie, laquelle s'est développée à la suite de l'accident dont elle a été victime en 1993 et par conséquent, les frais de cette intervention doivent être pris en charge par INTRAS. Dans sa détermination du 15 mai 2009, HELSANA indique que les factures nouvellement produites par l'assurée ne prouvent nullement que cette dernière ait suivi un traitement en relation avec l'accident de 1993. S'agissant des factures relatives à la période s'étendant de 2000 à 2007, elle ajoute que si elles avaient concerné la suite du traitement des séquelles de l'accident, alors l'assurée les lui aurait sans aucun doute communiquées. En tout état de cause, une interruption de traitement de près de 4 ans (2000 à 2004) subsiste malgré les factures produites. Elle considère, en outre, ne pas avoir à se déterminer sur le fait de savoir si l'opération effectuée en 2008 doit être qualifiée de maladie ou d'accident dès lors que, dans tous les cas, ses conditions générales excluent le remboursement de telles prestations. Elle indique que l'interprétation faite par INTRAS de ses conditions générales n'est pas cohérente. En effet, elle signifierait, qu' "un assuré accidenté et soigné à la charge de la Suisse pendant deux ans pourrait, trente ans après l'événement, réclamer des prestations au motif qu'il n'était pas encore totalement guéri et que son médecin avait gardé son dossier ouvert. Selon Intras Assurances SA, La Suisse, respectivement Helsana, serait responsable des prestations même si l'assuré n'avait pas reçu de traitement pendant vingt-huit ans! Cette limite temporelle vise justement à exclure clairement la responsabilité pour toute demande de prestations qui serait déposée cinq ans après l'événement avec une interruption du traitement médical. Comme nous l'avons relevé, la jurisprudence fédérale a établi qu'une limitation de prestations peut être valablement prévue dans les CGA (...)". La défenderesse ajoute que même en suivant l'interprétation que fait INTRAS de ses conditions générales, elle ne serait pas responsable de la prise en charge des frais. En effet, lors de la rédaction de l'ultime rapport du Dr P _____, toutes les mesures médicales nécessaires avaient été fournies à la demanderesse afin qu'elle recouvre un état de santé se rapprochant au mieux de celui existant avant l'événement accidentel. Elle relève par ailleurs qu'il est tout à fait possible de prévoir des inégalités de traitements dans les conditions générales d'un contrat soumis à la loi sur le contrat d'assurance. Elle ajoute que le traitement a été interrompu de 1996 à 1999, puis de 2000 à 2007, de sorte que l'assurée ne suivait plus de traitement médical pour les suites de l'accident depuis. Enfin, elle précise que la facture payée par HELSANA en 1999 l'a été par pure complaisance. Sur requête du Tribunal de céans, le Dr L _____ a constaté, le 11 septembre 2009, que le certificat du 17 avril 2008, indiquant que l'hospitalisation relevait d'un cas de maladie, était erroné et a ajouté que l'évolution de la fracture vers une coxarthrose ne faisait pour lui aucun doute. Il a encore précisé que la littérature médicale relevait un pourcentage non négligeable de fractures du cotyle ostéosynthésées évoluant vers une arthrose et que le traitement de cette arthrose nécessitait la mise en place d'une prothèse totale de la hanche. Invitée à se déterminer sur le contenu dudit courrier, HELSANA a constaté que le médecin n'apportait aucun nouvel élément concret ou fondé sur l'évolution du dossier. L'assureur rappelle que la demanderesse n'a suivi aucun traitement médical du mois d'août 1996 jusqu'en octobre 1999 et qu'ainsi cette dernière n'était plus en traitement pour les suites de l'accident. Qui plus est, même en considérant que le traitement est en relation de causalité avec l'accident, il a en tous les cas été interrompu pendant plus de trois ans, soit de 1996 à 1999, puis pendant près de sept ans, soit de 2000 à 2007. Ainsi la clause excluant une quelconque prise en charge de

"la Suisse", respectivement HELSANA après un délai de cinq ans après l'événement est pleinement applicable. Par conséquent, HELSANA confirme l'intégralité de ses conclusions telles qu'elles figurent dans son mémoire de réponse du 20 janvier 2009. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 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 la contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (Loi sur le contrat d'assurance, LCA ; RS 221.229.1). L'art. 46a de la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA) dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} 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. 1^{er} 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. 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). La compétence du Tribunal de céans est ainsi établie. 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. La LCA a subi des modifications. La nouvelle du 17 décembre 2004 (FF 2003 3353), est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2006, respectivement le 1^{er} 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. 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. 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. Dans un premier temps, il sied de déterminer si le cas relève d'une maladie ou d'un accident. 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 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. 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 1^{er} 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". 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". 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 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. 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. 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. Dans ces circonstances, le Tribunal libère INTRAS de l'action interjetée à son encontre. 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. 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 hormis quelques dispositions impératives en matière d'indemnité journalière (ATF 124 V 201 consid. 3d; ATAS/1104/2006). 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 inexacts 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). 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). 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 ("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). 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 devait donner à l'art. 13 ch. 1 CG HELSANA selon les règles de la bonne foi. 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 continuel, 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 lettre 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. Quoiqu'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. 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. 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. 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. 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 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. * * * * * PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare la demande recevable. Au fond : L'admet en tant qu'elle concerne HELSANA ASSURANCES SA. Ordonne la mainlevée de l'opposition faite au commandement de payer N. 107127 notifié à l'encontre d'HELSANA ASSURANCES SA pour un montant de 18'190 fr. 65 avec intérêt à 5 % l'an dès le 27 mars 2008. Condamne HELSANA ASSURANCES SA au versement d'un montant de 1'000 fr. à titre de dépens. Rejette la demande en tant qu'elle concerne INTRAS ASSURANCES SA. Dit que la procédure est gratuite. 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 Nathalie LOCHER La présidente Doris WANGELER La secrétaire-juriste : Hermione STIEGER 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