

GE_GERICHTE A/570/2010 vom 9. November 2010

GE Cour de justice, 2010-11-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_570_2010

FR: GE_GERICHTE A/570/2010 du 9 novembre 2010

IT: GE_GERICHTE A/570/2010 del 9 novembre 2010

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 09.11.2010
A/570/2010

A/570/2010 ATAS/1128/2010 du 09.11.2010 (LCA) , REJETE Recours TF déposé le 22.12.2010, rendu le 01.03.2011, IRRECEVABLE, 4A_675/2010 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/570/2010 ATAS/1128/2010 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 1 du 9 novembre 2010 En la cause Madame S _____, domiciliée à CHATELAINE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Mauro POGGIA demanderesse contre HELSANA ASSURANCES SA, Droit des assurances Suisse romande, av. de Provence 15, LAUSANNE défenderesse EN FAIT Madame S _____ (ci-après : l'assurée), née en 1952 et médecin spécialiste en médecine interne, est assurée depuis 1997 contre la maladie auprès d'HELSANA ASSURANCES SA (ci-après : la Caisse) en assurance de base et en assurance complémentaire. Le 11 mai 2004, le Dr A _____, psychiatre et psychothérapeute FMH, a demandé l'entrée de l'assurée à la Clinique Bon-Port en raison d'un arrêt de travail depuis deux mois suite à un état d'épuisement professionnel. Dans un rapport du 19 mai 2004 adressé au médecin-conseil de la Caisse, il a indiqué que sa patiente présentait un état anxieux généralisé sévère avec des crises de panique sévères dans le contexte d'un « burn out ». Il a précisé que ce séjour était lié à un état de décompensation qui s'était aggravé au point de rendre impossible la poursuite d'un traitement ambulatoire et que l'hospitalisation s'imposait en raison du caractère aigu de la symptomatologie. Le 27 mai 2004, la Caisse a accepté la prise en charge de l'hospitalisation à Bon-Port pour une durée maximale de 28 jours en assurances de base et complémentaire. Dans un rapport de sortie du 7 décembre 2004 faisant suite à l'hospitalisation de l'assurée du 23 novembre au 8 décembre 2004 dans le Département de médecine interne des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), le Dr B _____, interniste, a diagnostiqué un tentamen médicamenteux, compliqué de lésions cérébrales post-anoxiques et d'une bronchopneumonie d'aspiration. Parmi les comorbidités, il a notamment mentionné un syndrome de stress post-traumatique probable avec état dépressif réactionnel et attaque de panique ainsi que plusieurs hospitalisations à la Métairie à Prangins pour des sevrages de benzodiazépines. L'assurée, connue pour un état dépressif réactionnel dans le cadre d'un syndrome de stress post-traumatique, avait présenté, le 23 novembre 2004, un tentamen médicamenteux en s'injectant de la morphine associée à du Dormicum. Elle avait été rapidement intubée sur place et transférée aux soins intensifs. Un scanner cérébral avait montré la présence de lésions post-anoxiques prédominant au niveau de la sphère occipitale gauche. Le 29 décembre 2004, la Caisse a garanti en division privée le séjour de l'assurée du 8 au 29 décembre 2004 à l'Hôpital de Prangins, secteur psychiatrique. Dans une demande faite au médecin-conseil de la Caisse, le 29 décembre 2004, le Dr C _____, médecin adjoint

à l'Hôpital de Prangins, a requis une prolongation de la garantie du séjour hospitalier pour quelques semaines supplémentaires. Il a précisé que l'assurée avait été hospitalisée suite à un épisode dépressif ou anxio-dépressif sévère ne répondant pas à un traitement instauré lege artis en ambulatoire. Le 28 janvier 2005, il a requis une deuxième prolongation de garantie pour une période de 15 jours. Le 8 février 2005, la Caisse a accepté d'allouer ses prestations pour la prolongation de l'hospitalisation en division privée jusqu'au 4 février 2005. Sur demande de renseignements de la Caisse relative à des ordonnances de physiothérapie, la Dresse D _____, spécialiste en médecine interne FMH, a diagnostiqué, dans son rapport du 13 octobre 2005, un syndrome extrapyramidal post-anoxique, un syndrome douloureux chronique, un status post périarthrite scapulo-humérale droite et une périarthrite scapulo-humérale droite. Elle a précisé que sa patiente présentait une rigidité avec trouble de la marche et des douleurs cervico-dorsales ainsi que de l'épaule gauche. Dans un rapport du 21 novembre 2007 faisant suite à une limitation par la Caisse de la prise en charge de la physiothérapie à une séance par semaine, le Dr E _____, médecin adjoint à la policlinique de neurologie des HUG, a précisé que sa patiente souffrait d'un syndrome parkinsonien sévère survenu dans le contexte d'une encéphalopathie post-anoxique responsable de lésions bipolaires. Sur demande de la Caisse faisant suite à une demande de prise en charge d'une hospitalisation en division privée à l'Hôpital de Prangins du 16 au 18 avril 2008, le Dr C _____ a diagnostiqué, dans un rapport du 25 avril 2008, un épisode dépressif majeur sévère sans symptômes psychotiques dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent avec comorbidité anxieuse mixte et abus médicamenteux. Selon la police d'assurance valable dès le 1^{er} janvier 2010, l'assurée est au bénéfice d'une assurance complémentaire des soins pour prestations spéciales (TOP) avec accident et d'une assurance complémentaire d'hospitalisation en division privée valable dans toute la Suisse avec accident et système de bonus (HOSPITAL BONUS COMFORT). Le 12 janvier 2010, la Clinique bernoise de Montana a communiqué à la Caisse que l'assurée était annoncée pour un traitement de réadaptation stationnaire dans sa division de neurologie dès le 13 janvier 2010 et a demandé une garantie de prise en charge. Le même jour, la Caisse a reçu de la Dresse D _____ plusieurs rapports. Dans un rapport du 3 novembre 2009, le Dr 7, chef de clinique du département de chirurgie des HUG, a diagnostiqué un hématome infectieux O1 gauche, status post-arthrodèse IP O1, le 17 septembre 2009. Parmi les comorbidités, il a mentionné notamment un trouble dépressif récurrent et un syndrome extra pyramidal post-anoxique suite à un tentamen médicamenteux de morphine et benzodiazépine. Dans les antécédents personnels, il a indiqué notamment un status post tentamen médicamenteux sévère en 2004. Dans sa demande de prise en charge du 11 janvier 2010 adressée à la Clinique bernoise de Montana, la Dresse D _____ a précisé que sa patiente présentait depuis novembre 2004, suite à un tentamen médicamenteux sévère, un syndrome extrapyramidal avec amimie, micrographie et piétinement. Le but du traitement était une évaluation neuro-orthopédique, une rééducation à la marche (piétinement, chutes), un contrôle antalgique et antispasmodique pour le pied gauche. Le 14 janvier 2010, la Caisse a accepté la prise en charge en assurance de base des frais de séjour du 13 janvier au 2 février 2010 et a refusé celle relative aux frais de l'assurance complémentaire d'hospitalisation HOSPITAL COMFORT. Par décision du 22 janvier 2010, la Caisse a confirmé sa position. Selon son médecin-conseil, il ressortait des rapports de la Dresse D _____ que les traitements en question étaient en lien avec l'abus de médicaments survenu en 2004. Or, ses conditions générales d'assurance pour les assurances complémentaires (ci-après : CGA)

excluaient toute prise en charge pour les maladies et accidents résultant de la consommation abusive de médicaments. Elle a précisé n'avoir pas constaté cette relation lors des précédents traitements. Par acte du 17 février 2010, l'assurée a « recouru » contre ladite décision. Dans son écriture complémentaire du 19 février 2010, elle conclut à la prise en charge par la défenderesse des prestations dues au titre des assurances complémentaires HOSPITAL COMFORT et TOP pour le séjour du mois de janvier 2010 à la Clinique bernoise de Montana ainsi que pour les frais médicaux à venir découlant des suites de ce tentamen. Elle précise que l'épisode de fin 2004 auquel se réfère la défenderesse est une injection unique d'une forte dose de médicaments à but suicidaire qui a toujours été mentionnée comme telle dans tous les rapports médicaux depuis cette époque. Or, une tentative de suicide ne peut pas être assimilée à une consommation abusive de médicaments, car il s'agit de deux entités totalement différentes médicalement parlant. Elle observe que la défenderesse lui a versé ses prestations en toute connaissance de cause depuis sa tentative de suicide de fin 2004. Dans sa réponse du 23 mars 2010, la défenderesse a conclu au rejet de la demande. Elle relève que, selon les CGA 2008, il n'y a pas de couverture d'assurance pour le suicide ou la tentative de suicide et que cette exclusion était déjà présente à la conclusion du contrat. Elle précise que le refus de prise en charge repose sur une clause parfaitement claire de ses CGA et que le fait qu'elle ait remboursé d'autres traitements ou hospitalisations ne saurait la lier. En effet, elle ne s'était pas rendue compte que ces derniers concernaient une tentative de suicide, les rapports reçus à l'époque ne mentionnant pas clairement ces circonstances. Par ailleurs, la clause de ses CGA prévoyant l'exclusion de couverture d'assurance en cas de maladies et accidents résultant de la consommation abusive de médicaments s'appliquait également dans ce cas. En effet, une injection de médicaments afin de se donner la mort devait être considérée comme un mauvais usage de ce médicament correspondant à la notion de « consommation abusive de médicament ». Par ordonnance du 16 avril 2010, le Tribunal de céans a requis de la défenderesse la production de ses pièces médicales afin d'établir les motifs d'exclusion de couverture d'assurance qu'elle invoquait. Le 29 avril 2010, la défenderesse a produit toutes les pièces médicales en possession de son médecin-conseil depuis le 11 mai 2004 ainsi que les pièces de son dossier administratif. Dans son écriture du même jour, elle a relevé que les rapports médicaux qu'elle avait reçu par fax, le 12 janvier 2010, mentionnaient pour la première fois un tentamen médicamenteux et qu'auparavant elle ignorait que les traitements requis dans le cadre des assurances complémentaires étaient en relation avec les séquelles d'une tentative de suicide. Elle a précisé que le Dr H_____, son médecin-conseil, n'avait pas établi de rapport mais avait donné son avis oralement. Dans sa réplique du 16 juin 2010, la demanderesse a observé que, depuis son tentamen en novembre 2004, toutes ses hospitalisations étaient intervenues en cliniques privées à la charge de la défenderesse qui n'avait jamais élevé une quelconque contestation. Elle a contesté avoir consommé abusivement des médicaments et a relevé que la disposition des CGA y relative visait de toute évidence les personnes alcooliques ou toxicomanes. L'exclusion de couverture en cas de tentative de suicide avait été invoquée par la défenderesse pour la première fois dans son mémoire de réponse. Si la demanderesse ne contestait pas avoir commis une telle tentative, il ne s'agissait pas d'un acte volontaire et intentionnel qui pouvait lui être imputable car elle avait été victime d'une attaque de panique. Dans le doute, les CGA devaient être interprétées en défaveur de l'assureur, à savoir que la consommation abusive de médicaments se rapportait à l'intention de modifier son humeur, sa perception, sa pensée ou son comportement au moyen de substances psychotropes. Par analogie avec les conditions

prévalant dans l'assurance-accidents pour le refus de prestations en cas de tentative de suicide, la défenderesse était tenue de servir ses prestations dès lors que ladite tentative était le résultat d'un état maladif faisant l'objet de sa couverture. Elle a également invoqué le principe de la bonne foi au motif que tous les rapports médicaux établis depuis sa tentative de suicide faisaient état d'un tentamen. Par conséquent, il était invraisemblable que la défenderesse n'ait appris son existence pour la première fois que le 12 janvier 2010. De plus, elle commettait un abus de droit en refusant ses prestations alors qu'elle avait admis la couverture d'assurance par actes concluants. Elle a conclu à la prise en charge par les assurances complémentaires HOSPITAL COMFORT/TOP de la défenderesse de ses frais de séjour à la Clinique bernoise de Montana du 13 janvier au 2 février 2010, sous suite de dépens. La demanderesse a joint à son écriture divers rapports médicaux, notamment le rapport de sortie des HUG du 7 décembre 2004 et un rapport de la Dresde D _____ du 16 avril 2010. Ce dernier expliquait que sa patiente avait été traitée depuis 2001 pour un trouble anxio-dépressif avec éléments de syndrome de stress post-traumatique (anxiété généralisée et attaques de panique) apparu à la suite de trois suicides dans son entourage. En 2003, elle avait bénéficié de l'assurance-invalidité d'abord à 50%, puis à 100%, en raison d'un état dépressif sévère avec anxiété généralisée et attaques de panique récurrentes. Dans l'espoir d'une amélioration, elle avait poursuivi son activité de médecin à 30%, mais avait rechuté en raison du stress lié à sa profession et avait dû arrêter de travailler. Le tentamen de novembre 2004 ne représentait en aucun cas un abus de médicaments au sens médical et psychiatrique. En effet, les abus de médicaments étaient liés à la toxicomanie alors que les tentamens étaient en rapport avec les troubles de la lignée dépressive. Le matin même de sa tentative de suicide, sa patiente lui avait téléphoné pour lui donner des nouvelles et ne présentait aucune idée suicidaire. La tentative de suicide n'avait été possible que dans le contexte d'une modification aiguë et subite de son état psychologique, ce qui était le cas lors d'une attaque de panique. Les attaques de panique entraînaient des sentiments d'irréalité (déréalisation) et de détachement (dépersonnalisation). Pendant une attaque de panique, qui durait entre 20 et 30 minutes, le patient perdait totalement sa capacité de discernement, de sorte qu'il pouvait être amené à accomplir un acte inconsidéré. Dans sa duplique du 13 juillet 2010, la défenderesse a répété que les rapports médicaux faisant état d'un tentamen ne lui avaient pas été transmis à l'époque et qu'elle n'avait eu connaissance de la tentative de suicide que le 12 janvier 2010. Elle a contesté l'interprétation que la demanderesse faisait de la consommation abusive de médicaments et a conclu que le destinataire de bonne foi ne pouvait comprendre ce terme que dans le sens d'un usage inapproprié d'un médicament. Les arguments de la demanderesse concernant l'exclusion de prestations en cas de tentative de suicide ressortaient de la législation sociale alors que l'interprétation purement littérale de ses CGA était claire. De toute façon, l'exception prévue par l'assurance-accidents impliquait que l'auteur ait été privé de toute possibilité de se déterminer raisonnablement en raison notamment d'un grave trouble de la conscience, alors que le geste de la demanderesse apparaissait au degré de la vraisemblance prépondérante comme disproportionné, cette dernière ayant apprécié unilatéralement et précipitamment sa situation dans un moment de dépression et de désespoir. S'agissant de la bonne foi invoquée par la demanderesse, elle a relevé qu'à aucun moment sa confiance n'avait été abusivement trompée puisque les prestations déjà servies n'avaient pas été réclamées en restitution et qu'aucune garantie n'avait été donnée pour le séjour à la Clinique de Montana. Dans son écriture du 20 août 2010, la demanderesse s'est référée à la lettre du 4 août 2010 qu'elle avait adressée à son mandataire. Dans ce document, elle

précisait que les rapports médicaux dont elle avait demandé une copie et qu'elle avait remise au dossier mentionnaient tous le suicide. Par conséquent, elle avait été certaine en toute bonne foi que la défenderesse était au courant de son tentamen. Dans les formulaires de celle-ci ne figurait aucune question quant à l'origine de la maladie, de sorte que la défenderesse ne pouvait s'en prendre qu'à elle-même si aucun des nombreux médecins questionnés n'avait parlé du suicide. La consommation abusive n'avait pas le sens de consommation unique d'une forte dose à visée suicidaire, mais celui de consommation chronique, ce que n'importe quel médecin consulté pouvait confirmer. Les attaques de panique provoquaient des phénomènes de déréalisation qui correspondaient justement à la notion de grave trouble de la conscience qui, dans le cas d'un suicide, pouvait s'associer à la notion de raptus. Le 23 août 2010, le Tribunal de céans a transmis cette écriture à la défenderesse et, sur ce, a gardé la cause 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. L'assurance en cause est une assurance-maladie complémentaire soumise à la LCA, ce qui est confirmé par l'art. 4 CGA. La LCA a subi des modifications. La novelle 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. Dès lors les dispositions de la LCA seront citées dans leur teneur en vigueur au moment des faits déterminants, à savoir postérieurement au 1^{er} janvier 2007 (cf. ATF 130 V 446 consid. 1 et ATF 129 V 4 consid. 1.2). L'art. 46a LCA prescrit que le for se définit selon la loi du 24 mars 2000 sur les fors (LFors ; RS 272) dont l'art. 5 prévoit que, pour les actions portant sur les activités industrielles, commerciales ou professionnelles d'un établissement ou d'une succursale, le for est celui du domicile ou du siège du défendeur ou celui du lieu dans lequel cet établissement ou cette succursale est située. La défenderesse ayant une succursale à Genève, il ne fait pas de doute qu'un for existe au lieu d'exploitation de la succursale (ATF non publié 4C.270/2003 du 28 novembre 2003 consid. 1.1). 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. La présente demande est donc également recevable à la forme. Le litige porte sur le droit de la demanderesse à obtenir la prise en charge de son séjour du 13 janvier au 2 février 2010 à la Clinique bernoise de Montana, en division privée, par les assurances complémentaires de la défenderesse. Pour les contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal, les cantons prévoient une procédure simple et rapide dans laquelle le juge établit d'office les faits et apprécie librement les preuves (art. 85 al. 2 LSA). En introduisant cet allègement de procédure, le législateur s'est inspiré des dispositions de droit fédéral motivées par des buts de politique sociale en matière de baux à loyer (art. 274d CO),

de baux à ferme (art. 301 CO) et de contrats de travail (art. 343 CO; ATF 127 III 421 consid. 2 et les références). Selon la jurisprudence rendue en matière de contrat de travail et de bail, le juge doit établir d'office les faits, mais les parties sont tenues de lui présenter toutes les pièces nécessaires à l'appréciation du litige. Ce principe n'est pas une maxime officielle absolue, mais une maxime inquisitoire sociale. Le juge ne doit pas instruire d'office le litige lorsqu'une partie renonce à expliquer sa position. En revanche, il doit interroger les parties et les informer de leur devoir de collaboration et de production des pièces; il est tenu de s'assurer que les allégations et offres de preuves sont complètes uniquement lorsqu'il a des motifs objectifs d'éprouver des doutes sur ce point. L'initiative du juge ne va pas au-delà de l'invitation faite aux parties de mentionner leurs moyens de preuve et de les présenter. La maxime inquisitoire sociale ne permet pas d'étendre à bien plaisir l'administration des preuves et de recueillir toutes les preuves possibles (ATF 125 III 231 consid. 4a). En vertu de l'art. 8 CC, chaque partie doit, si la loi ne prescrit le contraire, prouver les faits qu'elle allègue pour en déduire son droit. La preuve du sinistre incombe à l'ayant droit, lequel doit sur demande de l'assureur fournir à ce dernier, conformément à l'art. 39 al. 1 LCA, tout renseignement sur les faits à sa connaissance qui peuvent servir à déterminer les circonstances dans lesquelles le sinistre s'est produit ou à fixer les conséquences du sinistre (ATF 130 III 321 consid. 3.1). En conséquence, la partie qui fait valoir un droit doit prouver les faits fondant ce dernier, tandis que le fardeau de la preuve relatif aux faits supprimant le droit, respectivement l'empêchant, incombe à la partie, qui affirme la perte du droit ou qui conteste son existence ou son étendue. Cette règle de base peut être remplacée par des dispositions légales de fardeau de la preuve divergentes et doit être concrétisée dans des cas particuliers (ATF 128 III 271 consid. 2a/aa avec références). Elle s'applique également dans le domaine des contrats d'assurance (ATF 130 III 321 consid. 3.1). Le principe de la libre appréciation des preuves signifie que le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATF non publié 4A_253/2007 du 13 novembre 2007, consid. 4.2). 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'indemnité journalière (ATF 124 V 201 consid. 3d; ATAS/1104/2006). Les conditions générales, lorsqu'elles ont été incorporées au contrat, en font partie intégrante; elles doivent être interprétées selon les mêmes principes que les autres dispositions contractuelles (ATF 133 III 675 consid. 3.3 et ATF 122 III 118 consid. 2a ainsi que les références). 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). Si la volonté réelle des parties ne peut pas être établie ou si leurs volontés intimes divergent, le juge doit interpréter les déclarations faites et les comportements selon la théorie de la confiance; il doit donc

rechercher comment une déclaration ou une attitude pouvait être comprise de bonne foi en fonction de l'ensemble des circonstances; le principe de la confiance permet ainsi 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 (ATF 133 III 675 consid. 3.3 et ATF 130 III 417 consid. 3.2). Le sens d'un texte, apparemment clair, n'est certes pas forcément déterminant, de sorte que l'interprétation purement littérale est prohibée. Même si la teneur d'une clause contractuelle paraît limpide 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. Il n'y a cependant pas lieu de s'écarter du sens littéral du texte adopté par les cocontractants lorsqu'il n'existe aucune raison sérieuse de penser qu'il ne correspond pas à leur volonté (ATF 133 III 61 consid. 2.2.1). Dans le domaine particulier du contrat d'assurance, l'art. 33 LCA précise d'ailleurs 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. Savoir si une telle condition est remplie dans le cas concret se détermine d'après le sens généralement donné dans le langage courant aux termes utilisés. Il ne s'agit pas de s'en tenir d'emblée à la solution la plus favorable à l'assuré. Il est vrai, néanmoins, qu'une clause d'exclusion doit être interprétée "restrictivement" (ATF 118 II 342 consid. 1a et ATF 116 II 189 consid. 2a ainsi que les références). 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). Selon l'art. 21 CGA (édition du 1^{er} janvier 2008), il n'y a pas de couverture d'assurance pour, d'une part, les maladies et traitements résultant d'une consommation abusive d'alcool, de médicaments, de drogues et de substances chimiques (let. k), d'autre part, le suicide, l'automutilation ou la tentative de suicide ou d'automutilation (let. n). Dans un arrêt non publié du 1^{er} octobre 2004 (5C.134/2004, consid. 4), le Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion de répondre à des griefs similaires à ceux de la défenderesse, dans un cas semblable de tentative de suicide par abus médicamenteux (prise de 40 milligrammes de Temesta et de 20 comprimés de Nardyl) alors que les CGA excluait la couverture d'assurance en cas d'abus de médicaments ainsi que de suicide ou de tentative de suicide. Il a jugé que le terme « abus de médicaments » ne pouvait pas être interprété comme ne concernant qu'un comportement préexistant de toxicomanie, que cette exclusion de couverture ne pouvait pas être qualifiée d'inhabituelle, que l'étendue de cette exclusion n'était pas restreinte et qu'il ne s'agissait pas d'une clause insolite. Il a rappelé que le refus de prestations était justifié en premier lieu par la tentative de suicide. En l'espèce, le motif du séjour à la clinique bernoise de Montana est une évaluation neuro-orthopédique, une rééducation à la marche, un contrôle antalgique et anti-spasmodique pour le pied gauche en raison d'un syndrome extrapyramidal. Ce dernier est apparu à la suite de lésions cérébrales post-anoxiques séquellaires au coma dans lequel la demanderesse s'est trouvée lors de son tentamen médicamenteux du 23 novembre 2004. Par conséquent, il s'agit bien d'un traitement résultant d'une consommation abusive de médicaments lors d'une tentative de suicide. Selon la demanderesse, l'abus de médicaments visé par les CGA se réfère à la toxicomanie et non pas à l'usage unique excessif de médicaments. L'art. 33 LCA 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 et ATF 118 II 342 consid. 1a ainsi que les références). Contrairement à ce que soutient la demanderesse, dans le langage courant, le terme « abus de médicaments » se définit comme l'usage excessif, immodéré ou mauvais (cf. dictionnaire Robert) de médicaments, sans référence aux notions de volonté ni de faute (ATF non publié 5C.26/2004 du 14 avril 2004, consid. 3.2) et sans référence à la fréquence dudit usage (unique ou répété). Par conséquent, il n'existe aucun motif permettant d'admettre que les assurés pourraient comprendre le terme « abus de médicaments » autrement que dans un cas tel que celui qui s'est produit, le 23 novembre 2004, ce d'autant plus que l'injection de morphine accompagnée de Dormicum a été administrée en dose excessive en vue d'un suicide et non pas dans un but de guérison qui est l'usage approprié des médicaments. En outre, le but premier de l'assurance complémentaire n'est pas de couvrir un tel abus de médicaments. Par conséquent, au vu du but de l'assurance, l'exclusion de couverture en cas d'abus de médicaments n'apparaît pas comme une clause incongrue ou inhabituelle étant précisé que ce type d'exclusion se retrouve fréquemment dans les CGA des assurances complémentaires. Enfin, l'étendue de l'exclusion d'assurance n'est pas restreinte, de sorte qu'on ne peut pas reprocher à l'assureur de ne pas avoir clairement déclaré les restrictions ou les exceptions à la couverture d'assurance. S'agissant de l'exclusion de couverture d'assurance en cas de tentative de suicide, le présent cas ne concerne pas une hospitalisation en division privée ayant pour but de traiter un patient venant de procéder à une tentative de suicide, mais bien le traitement des séquelles d'une telle tentative faite plus de cinq ans auparavant. Au vu du sort de la demande, il n'est toutefois pas nécessaire d'interpréter cette condition d'exclusion de couverture d'assurance afin de déterminer si elle peut être invoquée dans un tel cas. La demanderesse invoque également un abus de droit de la défenderesse au motif que cette dernière aurait dû, sur la base des rapports médicaux, avoir connaissance de sa tentative de suicide et qu'en prenant en charge ses diverses hospitalisations en division privée, elle l'a confortée dans l'idée que sa nouvelle hospitalisation serait couverte dans le cadre de l'assurance complémentaire. Le principe de la bonne foi, ancré à l'art. 2 al. 1 CC, s'applique à l'ensemble des domaines du droit. Selon l'art. 2 al. 2 CC, l'abus manifeste d'un droit n'est pas protégé par la loi. L'existence d'un tel abus se détermine selon les circonstances concrètes du cas, en s'inspirant des diverses catégories mises en évidence par la jurisprudence et la doctrine (ATF 129 III 493 consid. 5.1 p. 497 et les arrêts cités). L'adjectif « manifeste » indique qu'il convient de se montrer restrictif dans l'admission de l'abus de droit (ATF 128 III 284 consid. 5b non publié et l'arrêt cité). Les cas typiques sont l'absence d'intérêt à l'exercice d'un droit, l'utilisation d'une institution juridique contrairement à son but, la disproportion manifeste des intérêts en présence, l'exercice d'un droit sans ménagement ou l'attitude contradictoire (cf. ATF 129 III 493 consid. 5.1 et ATF 128 III 284 consid. 5b non publié et les arrêts cités). Il incombe à la partie qui se prévaut d'un abus de droit d'établir les circonstances particulières qui autorisent à retenir cette exception (ATF 134 III 52 consid. 2.1 in fine et les arrêts cités). La règle prohibant l'abus de droit autorise le juge à corriger les

effets de la loi dans certains cas où l'exercice d'un droit allégué créerait une injustice manifeste. Cependant, son application doit demeurer restrictive et se concilier avec la finalité, telle que l'a voulue le législateur, de la norme matérielle applicable au cas concret (ATF 107 Ia 206 consid. 3b et les références). En l'espèce, même si la défenderesse a accordé deux garanties de paiement pour des séjours en division privée à l'hôpital de Prangins du 8 décembre 2004 au 4 février 2005 et du 16 au 18 avril 2008, ces garanties ne permettent pas de conclure que la Caisse a admis par actes concluants une prise en charge définitive de toutes les hospitalisations futures de la demanderesse en division privée. En effet, contrairement à ce que soutient cette dernière, la défenderesse n'a pas eu connaissance du tentamen médicamenteux du 23 novembre 2004 avant la réception du rapport du Dr C_____ daté du 25 avril 2008, qui fait état d'un épisode dépressif majeur sévère dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent avec comorbidité anxieuse mixte et abus de médicaments. Par conséquent, la première garantie de paiement accordée à fin 2004 l'a été sans que la défenderesse n'ait eu connaissance du tentamen médicamenteux. S'agissant de la deuxième garantie de paiement, il n'est pas clair si elle a été émise avant ou après réception du rapport du Dr C_____. Il n'y a toutefois pas lieu d'instruire cette question car, de toute façon, une telle garantie de paiement, même si elle a été accordée par erreur, ne peut pas obliger la défenderesse à prendre en charge toutes les futures hospitalisations en division privée de la demanderesse en lien avec une consommation excessive de médicaments. En effet, invoquer un abus de droit dans de telles circonstances aurait pour conséquence qu'une assurance ne pourrait jamais rectifier une prise en charge erronée et y mettre un terme. Dans le cas d'un assuré qui contestait le refus de prise en charge d'une hospitalisation par la caisse au motif qu'il avait bénéficié des prestations de celle-ci lors de précédentes hospitalisations, le Tribunal fédéral a jugé qu'un tel fait ne saurait être décisif, car le besoin d'hospitalisation doit être examiné de cas en cas, en fonction des circonstances particulières qui la motivent (ATFA non publié K 35/04 du 29 juin 2004, consid 6.3). Par conséquent, c'est à juste titre que la défenderesse a examiné, lors de la demande de prise en charge de l'hospitalisation en division privée à la clinique bernoise de Montana dès le 13 janvier 2010, s'il y avait lieu ou non de verser ses prestations. Enfin l'argument de la demanderesse selon lequel la défenderesse a appris tardivement les motifs de ses diverses hospitalisations par son manque de précision dans ses questions et qu'elle doit en subir les conséquences n'est pas pertinent. En effet, les interventions du médecin-conseil ne doivent pas aller au-delà de ce qu'exige un bon fonctionnement de l'assurance-maladie, respectivement de l'assurance complémentaire et, en particulier, de ce qui est nécessaire pour examiner si les conditions d'une prise en charge d'une prestation sont remplies (ATF 127 V 43 consid. 3). Or, au vu des réponses données par les divers médecins à ses questions, le médecin-conseil de la défenderesse pouvait estimer disposer des éléments nécessaires pour examiner si les conditions d'une prise en charge étaient remplies, sans poser des questions plus invasives. A défaut de circonstances particulières révélant la mauvaise foi de la défenderesse, un abus de droit ne saurait ainsi être retenu, l'art. 2 al. 2 CC ne s'appliquant que de manière restrictive. Au vu de ce qui précède, la demande doit être rejetée. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA). **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare la demande recevable. Au fond : La rejette. 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 civile auprès du Tribunal fédéral (av. du Tribunal fédéral 29, case postale, 1000

Lausanne 14), conformément aux art. 72 ss 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, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI-WANGELER Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers par le greffe le

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