

1ère section

\_\_\_\_\_ du 16 décembre 2003

dans la cause

Monsieur F. C.

représenté par Me Didier Plantin, avocat

contre

X. ASSURANCE-MALADIE S.A.

**EN FAIT**

1. Monsieur F. C., né en 19..., est assuré, en matière d'assurance-maladie au sens de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10), par X. Assurance-maladie S.A. (ci-après : X. ou la caisse). Il a également contracté auprès de cette caisse les assurances complémentaires ..., ..., ... et ....
2. Au mois d'avril 2000, M. C. a été opéré du rein droit. Ce traitement a été pris en charge par X..
3. Le 15 août 2000, le Dr .. ..., médecin traitant de M. C., a indiqué au Dr L., médecin-conseil de la X., que son patient avait suivi des traitements conservateurs ordonnés dans un premier temps par le Dr A., puis par lui-même. Ceux-ci n'ayant pas été satisfaisants, il avait prescrit l'hospitalisation de l'intéressé à la clinique ... pour traiter une dépression agitée avec dépendance à l'égard du Temesta. Cette pathologie était une réaction à l'intervention du mois d'avril 2000, qui avait provoqué des douleurs extrêmement vives et une attente chirurgicale de plus d'une semaine, moralement difficile à supporter.
4. Le Dr L. a émis un préavis défavorable à la prise en charge du séjour à la clinique .... Il proposait une hospitalisation en milieu psychiatrique. En conséquence, la garantie demandée par ladite clinique a été refusée.

Selon l'avis d'entrée établi le 17 août 2000 par la clinique ..., M. C. était hospitalisé pour un état dépressif aigu réactionnel. Cette hospitalisation a duré jusqu'au 28 août 2000.

5. Le 29 août 2000, la clinique de la M. a transmis à la X. un avis d'hospitalisation. Selon le certificat médical du Dr J., chef de clinique, le diagnostic posé était celui d'une décompensation psychotique d'allure paranoïaque. Le patient avait été adressé à la M. par le Dr T., médecin à la clinique ....

Par courrier du 13 septembre 2000, le Dr H., médecin adjoint à la M., a informé le Dr L. que le diagnostic exact était celui de trouble anxio-dépressif et trouble amnésique psychotique sur fond d'une intoxication chronique sévère aux benzodiazépines. Il s'agissait entre autres d'un problème de dépendance à ces substances. La clinique procédait à un sevrage, traitait le trouble délirant dont les racines

devaient être élucidées, de même que celles de l'insomnie sévère.

6. Par courrier du 28 septembre 2000, X. a indiqué qu'elle ne prendrait en charge ce séjour qu'à concurrence du montant prévu par l'assurance de base obligatoire, ce type de traitement étant exclu de la prise en charge par l'article 9 alinéa 12 des conditions générales d'assurance (CGA).
7. Le 10 octobre 2000, le Dr H. a apporté quelques précisions à son courrier du 13 septembre 2000 : l'hospitalisation était entre autres due à un problème de dépendance aux benzodiazépines, avec développement d'une tolérance à ces substances. Il restait à confirmer qu'il s'agissait bien d'un problème iatrogène (provoqué par les traitements médicaux ou les médicaments) et que le patient n'avait consommé que des médicaments prescrits par les médecins.
8. Par courrier du 25 octobre 2000, la M. a indiqué à X. que M. C. était à nouveau hospitalisé. Le diagnostic posé était celui d'épisode dépressif avec suicidalité. Le patient avait été adressé à la clinique par le Dr T..
9. A la demande de X., le Dr H. a précisé au Dr L. que, lors de la première hospitalisation, il avait été constaté à l'admission que M. C. souffrait en fait d'une intoxication chronique aux benzodiazépines. Le patient était sorti de la clinique nettement amélioré. La ré-hospitalisation était due à un état dépressif sévère avec syndrome dépressif complet et idéation suicidaire importante, sur le fond d'une légère atteinte cérébrale, due à l'intoxication chronique avec des benzodiazépines.
10. Suite à cette détermination, le Dr L. a émis un préavis favorable et X. a admis la prise en charge des frais de ce deuxième séjour à la M. au titre des assurances complémentaires.
11. Un échange de correspondance a eu lieu entre le conseil de M. C. et X. au sujet de la prise en charge du séjour à la clinique ... et de la première hospitalisation à la M.. X. avait remboursé à M. C. 1'116 comprimés de somnifères entre les mois de septembre 1997 et de mai 2000, tous types de produits confondus. Parmi ces comprimés, il y avait 750 comprimés de benzodiazépines sur une période de 33 mois. Cela représentait certes une moyenne importante, mais qui n'était pas susceptible d'entraîner une dépendance

nécessitant un sevrage en milieu hospitalier. Ni les factures, ni les ordonnances de médicaments que s'était procuré l'intéressé n'avaient permis d'attirer l'attention de la caisse sur le risque de dépendance.

12. Par acte déposé au greffe du Tribunal administratif le 26 juin 2002, M. C. a demandé à ce que X. soit condamnée à lui verser la somme de CHF 35'164,60 avec intérêts à 5% dès le 1er décembre 2000, représentant le coût du séjour à la clinique ..., ainsi que celui à la clinique La M., du 28 août au 6 octobre 2000.

En substance, M. C. exposait qu'il avait très mal vécu son opération au rein, ayant été initialement persuadé qu'il souffrait d'une tumeur maligne dont l'issue serait fatale. Il avait été traumatisé par le délai entre l'hémorragie, les examens diagnostics et l'opération proprement dite. Le Dr A., qui l'avait fait admettre à la clinique G.-B.,, lui avait ultérieurement prescrit du Temesta en comprimés de 1 mg après avoir diagnostiqué un état dépressif. Ultérieurement, il avait posé le diagnostic de décompensation dépressivo-anxieuse sévère se greffant sur un élément aigu de stress post traumatique. Il avait ordonné un traitement antidépresseur. Son état de santé ne s'améliorant pas, il avait consulté le Dr .. ..., qui lui avait prescrit une hospitalisation à la clinique .... Au cours de ce séjour, l'agitation et les angoisses s'étaient améliorées, mais il présentait des épisodes d'idées paranoïaques, nécessitant son hospitalisation à la M..

Dès lors, c'était à tort que X. refusait la prise en charge des frais encourus, les hospitalisations n'étant pas dues à une consommation abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool. C'était pour traiter l'état dépressif qui avait suivi l'hospitalisation que des médicaments contenant de la benzodiazépine lui avaient été prescrits. Ce produit avait été administré par voie intraveineuse à la clinique Pon Port. Il n'y avait dès lors pas d'abus volontaire de sa part, puisqu'il n'avait pas pris d'autres médicaments que ceux qui lui avaient été prescrits pour traiter une grave dépression et un état de stress post traumatique.

13. X. s'est opposée à la demande en se fondant principalement sur la détermination de son médecin conseil.

Les assurances complémentaires de M. C. ne pouvaient couvrir que les frais de traitement et les mesures préventives efficaces, appropriées et économiques. Le séjour à la clinique Pon Port n'avait eu aucun effet thérapeutique

sur l'état de santé de M. C.; il ne répondait donc pas au caractère économique et approprié voulu par la LAMal et repris par X. pour les assurances complémentaires.

Quant au premier séjour à la M., il était manifestement motivé par le sevrage rendu nécessaire en raison d'une consommation chronique de médicaments, séjour que les assurances complémentaires ne prenaient pas en charge. De plus, la quantité de comprimés prescrits à M. C. ne pouvait pas générer une dépendance nécessitant un sevrage en milieu hospitalier. L'intéressé n'avait pu s'intoxiquer que par une consommation supplémentaire à celle prescrite par ses médecins.

14. Entendu en comparution personnelle le 3 février 2003, M. C. a précisé que le Dr L. avait été son médecin-traitant pendant 25 ans et lui avait prescrit occasionnellement, du Temesta. Il contestait avoir consommé les quantités de Temesta décomptées par son assureur. Suite à son opération du rein, il avait souffert d'une grave dépression, qui avait amené son médecin à lui proposer une hospitalisation à la clinique .... Lorsqu'il avait quitté cet établissement, les analyses de sang avaient mis en évidence un taux élevé de benzodiazépines : ces médicaments lui avaient été administrés pendant son séjour. Au jour de son audition, il ne consommait plus de médicament.

L'assureur a persisté dans sa position : M. C. était un consommateur chronique de Temesta.

#### **EN DROIT**

1. a. La loi modifiant la loi sur l'organisation judiciaire du 14 novembre 2002, par laquelle a été créé un tribunal cantonal des assurances sociales, est entrée en vigueur le 1er août 2003. Dès cette date, le Tribunal administratif ne fonctionne plus comme tribunal cantonal des assurances. Cependant, en vertu de l'article 3 alinéa 2 de ladite loi, les causes introduites devant le Tribunal administratif avant l'entrée en vigueur de la loi sont instruites et jugées par cette juridiction.
- b. Interjeté en temps utile devant la juridiction compétente, la demande est recevable (art. 56C litt. b de la loi sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 - LOJ - E 2 05; (art. 12 al. 2 LAMal et art. 37 al. 2 de la loi d'application de la LAMal du 29 mai 1997 - J 3 05).

2. Selon la jurisprudence, celui qui signe un texte comportant une référence expresse à des conditions générales est lié au même titre que celui qui appose sa signature sur le texte même de celles-ci, quand bien même il ne les aurait pas lues (ATF 119 II 443). Les conditions générales font alors partie intégrante du contrat, et doivent être interprétées selon les mêmes principes que les autres dispositions contractuelles (ATF 117 II 609).

Selon le principe de la confiance, les déclarations de volonté qui n'ont pas été comprises de la même manière par les parties s'interprètent d'après le sens que leur destinataire pouvait et devait leur donner de bonne foi, compte tenu de l'ensemble des circonstances (ATF 116 II 345; 116 Ia 56, consid. 3b pp. 58-59; 113 II 49 consid. 1a pp. 50-51). On admettra en général que le destinataire devait se fonder sur les circonstances qu'il connaissait ou aurait dû connaître au moment de la déclaration. Par ailleurs, une jurisprudence constante veut que lorsqu'une clause contractuelle figurant dans des conditions générales rédigées d'avance par l'une des parties peut, en toute bonne foi, être comprise de différentes façons, ces clauses soient interprétées contre leur auteur (in dubio contra stipulatorem : ATF 115 V 264 consid. 5a p. 268; 112 V 142, consid. 4c p. 146; ATA M. du 1er décembre 1998 et les références citées).

En ce qui concerne la couverture des risques dans le contrat d'assurance, les règles générales d'interprétation sont complétées par l'article 33 LCA, selon lequel 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.

Une disposition contractuelle ne sera toutefois interprétée en défaveur de l'assureur que lorsqu'il s'avère, après une interprétation soigneuse et objective, qu'elle peut de bonne foi être comprise de différentes façons (SJ 1996 p. 623).

3. L'article 7 des conditions générales d'assurance (CGA) liant les parties prescrit que l'assurance prend en charge les frais de traitement et de mesures préventives s'ils sont efficaces, appropriés et économiques. L'article 9 alinéa 12 du texte précise qu'aucune prestation n'est versée en matière d'assurance complémentaire lorsque des traitements sont dus à une consommation abusive de médicaments, d'alcool ou de drogue.

4. X. refuse la prise en charge du premier séjour à la M., ce dernier ayant été causé par des abus médicamenteux.
- a. A cet égard, il faut en premier lieu relever que l'hospitalisation à la clinique de la M. faisait immédiatement suite à celle de la clinique Bon port, séjour au cours duquel il avait reçu de nombreux médicaments (perfusion de Tranxilium, perfusion de Surmontyl, Nosinan).
- b. Le diagnostic qui a entraîné l'hospitalisation à la clinique de la M. est celui de psychose paranoïde (cf. le courrier du Dr H. du 9 novembre 2000). Ce même praticien précise dans un courrier du 10 octobre 2000, que l'hospitalisation est notamment due à un problème de dépendance de benzodiazépines avec développement d'une tolérance à des substances, précisant qu'il restait à confirmer qu'il s'agissait d'un problème iatrogène et que le patient n'avait consommé que des médicaments prescrits par les ordonnances régulièrement établies par les médecins.
- c. M. C. ne conteste pas avoir consommé les médicaments pris en charge par X. entre septembre 1997 et mai 2000. Son médecin traitant indique aussi que la notion d'utilisation chronique de benzodiazépines existe (certificat médical du Dr A. du 24 octobre 2001).
- d. Le fait de savoir si cet abus de médicaments était iatrogène, c'est-à-dire provoqué par les actes des médecins par le traitement appliqué ou non, n'est pas pertinent en l'espèce. En effet, l'article 9 alinéa 12 CGA exclut la prise en charge des traitements dus à une consommation abusive de médicaments, sans que le fait que ceux-ci aient été prescrits par un praticien ou non ne soit pertinent.
5. Au vu de ce qui précède, la demande sera rejetée. Aucun émolument de procédure ne sera perçu (art. 61 al. 1 let. a LPGA par analogie).

**PAR CES MOTIFS**  
**le Tribunal administratif**  
**à la forme**

déclare recevable la demande déposée au Tribunal administratif le 25 juin 2002 par Monsieur F. C.;

**au fond :**

la rejette;

dit qu'il n'est pas perçu  
d'émolument;

dit que, s'agissant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (RS 221.229.1) et dans les limites des articles 43 ss et 68 ss de la loi fédérale sur l'organisation judiciaire du 16 décembre 1943 (RS 173.110), le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours au Tribunal fédéral dans les trente jours dès sa notification. Le mémoire de recours sera adressé en trois exemplaires au Tribunal administratif, 18, rue du Mont Blanc, case postale 1956, 1211 Genève 1; le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyen de preuve, doivent être joints à l'envoi;

communique le présent arrêt à Me Didier Plantin, avocat du demandeur, à X. Assurance-maladie S.A. ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances privées.

Siégeants : M. Thélin, président, M. Schucani, Mme Bonnefemme-Hurni, juges.

Au nom du Tribunal administratif :  
la greffière-juriste adj. le président :

M. Tonossi

Ph. Thélin

Copie conforme de cette demande a été communiquée aux parties.

Genève, le

la greffière

Mme N. Mega