REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/160/2006 **ATAS/1005/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 1er novembre 2006

En la cause

Monsieur V_____, domicilié , 1219 CHATELAINE, recourant
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître POGGIA Mauro

contre

CONCORDIA, sise Hauptsitz;Bundesplatz 15, 6002 LUZERN intimée

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente ; Doris WANGELER et Isabelle DUBOIS, Juges

EN FAIT

1. Monsieur V_____, né le 1946, est assuré auprès de la CONCORDIA (ci-après la caisse maladie) pour l'assurance obligatoire des soins ainsi que pour diverses assurances complémentaires (Diversa, Natura, assurance hospitalisation PE 1, division privée).

2. L'assuré, qui travaillait dans le nettoyage de tuyauterie pour le compte de l'entreprise X_____SA, a été licencié pour fin août 2004.

3. A la demande son médecin traitant, le Dr A_____, l'assuré a été admis à la "établissement hospitalier" du 5 au 30 octobre 2004. La "établissement hospitalier" a établi une facture totale de 17'016 fr.

4. Par courrier du 11 octobre 2004, la caisse maladie a informé le recourant que le séjour dès le 5 octobre 2004 concerne un traitement survenu en relation avec des événements exclus énumérées à l'art. 17 des conditions complémentaires d'assurance (CCA) sur l'assurance complémentaire d'hospitalisation PE. En conséquence aucune prestation ne peut être prise en charge sur les assurances complémentaires et la prise en charge se limitera aux dispositions légales de l'assurance obligatoire des soins, soit 388 fr. par jour, correspondant, selon l'assurance obligatoire des soins, au coût d'une chambre commune du canton de domicile, soit la "établissement hospitalier".

5. Selon un courrier du 13 octobre 2004 adressé par la Dresse. A_____, psychiatre-psychothérapeute FMH à la clinique "établissement hospitalier", au médecin- conseil de la caisse maladie, le patient a été hospitalisé en raison d'un trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive de degré moyen à sévère, dans le contexte de son licenciement. Ces troubles nécessitaient une prise en charge psychiatrique hospitalière en soins aigus. Il devait d'autre part bénéficier de soins pour ses polynévrites bilatérales.

6. Le 23 novembre 2004, la caisse maladie a établi un décompte, aux termes duquel sur le montant de la prestation de 8'788 fr. selon l'assurance obligatoire des soins, la participation de l'assuré s'élève à 679 fr., soit 10 % de participation, plus 10 fr. par jour d'hospitalisation.

7. Par l'intermédiaire de son conseil, l'assuré a demandé à la caisse maladie, par courrier du 16 février 2005, de lui indiquer les motifs du refus de prise en charge de la totalité de la facture d'hospitalisation.

8. Le 21 février 2005, la caisse maladie a fait savoir au mandataire de l'assuré que son refus était fondé sur les conditions complémentaires d'assurances hospitalisation PE qui prévoient l'exclusion de certains prestations pour le traitement et le séjour dans

des cliniques psychiatriques en raison d'un abus de drogues, de stupéfiants, d'alcool ou de médicaments ainsi que d'une maladie chronique. Selon les renseignements obtenus, l'hospitalisation en cause concerne un traitement survenu en relation avec des événements exclus, raison pour laquelle sa participation s'élève à 8'788 fr. correspondant au forfait salle commune de la "établissement hospitalier".

9. Le 28 avril 2005, l'assuré a contesté la position de la caisse maladie, au motif qu'il est exact qu'il avait un problème d'alcool, celui-ci n'était pas la cause principale de son hospitalisation, puisqu'il souffrait d'une polynévrite des deux côtés avec une réaction mixte, anxieuse et dépressive. Il a expliqué qu'il avait vu son contrat de travail brusquement résilié pour fin août 2004, alors qu'il était âgé de 59 ans, et c'est en raison de cette situation de stress et de profonde dépression qu'il a été amené, ponctuellement à consommer de l'alcool avec excès. Il contestait que l'hospitalisation résultait d'une faute grave de sa part, car il devait être considéré comme une personne malade le 5 octobre 2004. Il demandait à la caisse maladie de revoir sa position et de prendre en charge intégralement le séjour à la "établissement hospitalier". Au surplus, il invitait la caisse maladie à cesser de lui réclamer le paiement de la somme de 679 fr., pour laquelle il invoquait, si besoin est, la compensation.

10. Le 10 juin 2005, l'assuré a fait parvenir à la caisse maladie un certificat établi le 26 mai 2005 par le Dr A_____ aux termes duquel son hospitalisation en urgence de l'assuré faisait suite à l'impossibilité de marcher en raison d'une polynévrite aiguë. Ce certificat mentionnait que l'assuré était dépressif depuis 2003 suite, d'une part, à un cancer de la prostate diagnostiqué à cette époque et, d'autre part, à son licenciement en 2004, auquel il n'était pas préparé et qui avait abouti à une surconsommation d'alcool.

11. Dans un avis du 14 juin 2005, le médecin-conseil de la caisse maladie relève que selon le rapport de la "établissement hospitalier", l'abus d'alcool aurait duré depuis environ 4 mois. Etant donné qu'il y a déjà présence d'une neuropathie, on doit admettre un passé alcoolique beaucoup plus long. Or, l'abus d'alcool entraîne l'exclusion des prestations privées. Il n'est pas nécessaire que l'alcoolisme soit la cause principale pour la consommation de prestations privées, une coïncidence suffit déjà. Par courriers des 14 juin et 5 juillet 2005, la caisse maladie a confirmé son refus.

12. L'assuré ne s'étant pas acquitté du montant de 679 fr., la caisse maladie lui a fait notifié, le 16 juin 2005, un commandement de payer, poursuite no. 05 163174, auquel il a formé opposition.

13. Par décision du 17 août 2005, la caisse maladie a levé l'opposition formée à la poursuite, à concurrence du montant de 679 fr., plus 20 fr. de frais de rappels et 50 fr. de frais d'exécution de la poursuite.

14. Le 13 septembre 2005, l'assuré a formé opposition, rappelant que la prétendue créance de la caisse maladie résulte d'un décompte dont seul un montant de 8'788 fr. est pris en charge sur le montant global de 17'016 fr., ce qu'il avait contesté. Il fait valoir en effet que la clause d'exclusion ne s'appliquait pas, dès lors qu'il n'avait pas été hospitalisé pour un abus d'alcool. Il indiquait qu'il entendait réclamer le montant de 8'228 fr.

15. Par décision du 13 décembre 2005, la caisse maladie a rejeté l'opposition, au motif que l'assuré restait lui devoir la somme de 679 fr., plus frais de rappels et de poursuite et que son argumentation relative à la contestation en matière d'assurance complémentaire pour se soustraire à ses obligations au sens de la LAMal ne saurait être retenue.

16. Par acte du 16 janvier 2006, l'assuré interjette recours contre cette décision. Il remet en cause l'exclusion des prestations au titre de l'assurance complémentaire, soutenant que la caisse maladie ne saurait se soustraire à son obligation de payer le montant de 8'228 fr., dès lors que l'abus d'alcool n'était pas la cause première de l'hospitalisation. Il fait valoir la compensation, dès lors que les deux parties sont à la fois créancières et débitrices l'une de l'autre et que dans les deux cas, les créances sont exigibles. Il conclut à la condamnation de la caisse maladie au paiement du montant de 7'549 fr. avec intérêts à 5 % dès le 21 février 2005.

17. Dans sa réponse du 15 mars 2006, la caisse maladie conclut au rejet du recours. Elle relève que selon l'art. 17.1 du règlement relative à l'assurance obligatoire des soins, elle peut compenser ses prestations par des créances envers l'assuré, l'assuré n'ayant aucun droit de compensation. S'agissant des prétentions du recourant en matière d'assurances complémentaires, la caisse se réfère à ses condition générales d'assurance et à ses conditions complémentaires d'assurance-hospitalisation PE, lesquelles permettent d'exclure la prise en charge de soins fournis pour traiter des troubles découlant de l'abus de substances. Or, selon la science médicale, l'origine des troubles nerveux répondant à la définition de la polynévrite est à rechercher dans la carence en vitamine B provoquée par une consommation régulière et excessive d'alcool. C'est dès lors à juste titre qu'elle a fait valoir l'exclusion.

18. Le recourant a répliqué en date du 5 avril 2006, rappelant que la surconsommation d'alcool, selon les médecins, n'a été que la conséquence des troubles qui l'ont amené à boire avec excès et que la raison principale de l'hospitalisation était bien les troubles psychiques. Il relève par ailleurs que si la polynévrite peut être d'origine alcoolique, elle peut également être d'origine diabétique, médicamenteuse ou encore résulter d'autres causes. S'agissant de la compensation, il admet ne pouvoir exciper de compensation à l'encontre des créances résultant de l'assurance obligatoire des soins. Il reconnaît devoir le montant de 679 fr., mais conclut reconventionnellement au paiement par la caisse maladie du montant de 8'228 fr. avec intérêts à 5 % dès le 21 février 2005.

19. Dans ses écritures du 28 avril 2006, la caisse maladie conclut au rejet du recours. Elle soutient qu'il n'est pas nécessaire que l'alcoolisme soit la cause principale pour le refus de prestations. Or, selon les médecins, même si le problème de polynévrite n'est pas la seule responsable de l'hospitalisation, elle représentait tout du moins un facteur non négligeable, dans la mesure où le médecin traitant a indiqué que l'assuré avait été hospitalisé en urgence suite à l'impossibilité de marcher résultant d'une polynévrite aiguë.

20. Les écritures de la caisse ont été communiquées au recourant le 3 mai 2006 et le dossier mis à sa disposition pour consultation jusqu'au 26 mai 2006.

21. Ensuite de quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 4 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal).

   Il connaît également des litiges relatifs 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; cf. art.56V al. 1 let. c) LOJ). Ainsi que cela ressort de la lecture des travaux préparatoires, cette réforme vise à améliorer la situation des assurés qui, en cas de litige avec un assureur privé portant sur des prestations complémentaires à l'assurance-maladie obligatoire ou à l'assurance-accidents obligatoire, peuvent désormais saisir le tribunal des assurances (cf. Mémorial du Grand Conseil 2001-

2002, p. 98, relatif à l'art. 56G al. 1 let. g du projet de loi PL 8636, devenu l'art. 56V al. 1 let. c LOJ).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. Le recours, interjeté dans les forme et délai prescrits, est recevable (art. 56 et 60 LPGA; art. 89B LPA).

4. Le Tribunal de céans constate préalablement que le recourant ne conteste pas devoir payer le montant de 679 fr. dû au titre de participation aux frais d'hospitalisation à la "établissement hospitalier" selon l'assurance obligatoire des soins et qu'il a renoncé à exciper de la compensation.

   Il conclut cependant, reconventionnellement, au paiement par l'intimée du montant de 8'228 fr. dû au titre des assurances complémentaires pour le séjour à la "établissement hospitalier" du 5 au 30 octobre 2004.

5. Les assurances complémentaires pratiquées par les assureurs-maladie sont soumises au droit privé et régies par la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance - LCA (art. 12 al. 2 et 3 LAMal).

   L'intimée s'oppose au paiement du montant réclamé par le recourant, estimant que l'hospitalisation était liée non seulement à l'état psychique, mais également à une polynévrite des membres inférieurs, conséquence d'un abus d'alcool, ce qui entraîne l'exclusion des prestations privées selon ses conditions générales d'assurance (CGA) relatives aux assurances complémentaires des soins.

   Selon l'art. 33 LCA, une disposition qui limite le risque assuré n'est valable que si elle exclut de l'assurance certains événements de manière précise et non équivoque. 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.

   La LCA ne contient pas de règle d'interprétation des contrats. L'art. 100 LCA renvoie au Code des obligations pour tout ce que la loi ne règle pas elle-même, de sorte que la jurisprudence en matière de contrats est applicable. D'après celle-ci, les conditions générales font partie intégrante du contrat et doivent être interprétées selon les mêmes principes que les autres dispositions contractuelles (ATF 122 III 118 consid. 2a; 117 II 609 consid. 6c p. 621). Comme pour tous les contrats, lorsque la volonté intime et concordante des parties ne peut être établie, il convient de rechercher leur volonté présumée en interprétant leurs déclarations selon le principe de la confiance, compte tenu de l'ensemble des circonstances dans lesquelles elles ont été émises (ATF 122 III 118 consid. 2a et les arrêts cités). Il faut rechercher quel sens les parties pouvaient et devaient donner, selon les règles de la bonne foi, à leurs manifestations de volonté réciproques. A cet égard, la

jurisprudence récente a nuancé le principe selon lequel il y a lieu de recourir à des règles d'interprétation uniquement si les termes de l'accord passé entre les parties laissent planer un doute ou sont peu clairs. On ne peut ériger en principe qu'en présence d'un texte "clair", on doit exclure d'emblée le recours à d'autres moyens d'interprétation. Il ressort de l'art. 18 CO que le sens d'un texte, même clair, n'est pas forcément déterminant et que l'interprétation purement littérale est au contraire prohibée. Même si la teneur d'une clause contractuelle paraît claire à première vue, il peut résulter d'autres conditions du contrat, du but poursuivi par les parties ou d'autres circonstances que le texte de ladite clause ne restitue pas exactement le sens de l'accord conclu (ATF 127 III 444 consid. 1b). Il est exclu d'interpréter de manière isolée les divers éléments du contrat, chaque clause contractuelle devant être interprétée à partir du contrat dans son ensemble (ATF 117 II 609 consid. 6c/bb p. 622). Une clause d'exclusion de couverture doit être interprétée restrictivement (ATF 118 II 342 consid. 1 p. 345). Enfin, selon le principe in dubio contra stipulatorem, les clauses ambiguës contenues dans les contrats préformulés sont, dans le doute, à interpréter en défaveur de la partie qui les a rédigées (ATF 124 III 155 consid. 1b; 122 III 118 consid. 2a).

6. En l'espèce, l'art. 33.1 des CGA assurances complémentaires de soins (éd. 1997) prévoit que "sont exclus de l'assurance les maladies et accidents survenant en relation avec la consommation de drogues, de stupéfiants et d'autres substances toxicomanogènes ainsi que l'abus d'alcool et de médicaments". Quant à l'art. 17.2 des conditions complémentaires d'assurance (CCA éd. 1997) assurance-hospitalisation PE, il prévoit que "l'assurance PE n'octroie aucune prestation pour le traitement et le séjour dans des hôpitaux pour soins aigus et des cliniques psychiatriques en raison d'un abus de drogues, de stupéfiants, d'alcool ou de médicaments ainsi que d'une maladie chronique."

   Selon le recourant, l'intimée ne saurait invoquer la clause d'exclusion et refuser de verser les prestations, dès lors que l'art. 17.2 des CCA vise les cas où l'hospitalisation résulte d'une faute grave imputable à l'assuré. Or, l'hospitalisation était due à une polynévrite bilatérale aiguë ainsi qu'à une réaction mixte anxieuse et dépressive. Il soutient que l'abus d'alcool n'était donc pas à l'origine d'un état maladif, mais bien sa conséquence.

   Il résulte du rapport de la Dresse A_____ établi le 5 octobre 2004 que le patient présentait des difficultés à la marche en raison d'une polynévrite des deux côtés, une baisse de l'élan vital avec fatigabilité, des troubles du sommeil et une humeur déprimée. Il avait tendance à s'auto-médiquer depuis environ quatre mois à l'aide de l'alcool, afin de s'évader, s'anesthésier et échapper à la réalité. Outre l'élaboration de ses troubles de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive de degré moyen à sévère, la description de l'objectif était de consolider son abstinence de l'alcool à l'aide d'un suivi psychiatrique et spécifique en plus d'un traitement médicamenteux. Le 13 octobre 2004, la Dresse A_____ a précisé à

l'attention du médecin-conseil de l'intimée que la raison principale pour laquelle le patient est hospitalisé est bien ses troubles de l'adaptation qui nécessitaient une prise en charge psychiatrique hospitalière en soins aigus. S'y ajoutent les polynévrites bilatérales pour lesquelles des soins médicamenteux et physiothérapeutiques étaient nécessaires.

Le Dr A_____a confirmé pour sa part que l'hospitalisation en urgence du recourant faisait suite à l'impossibilité de marcher en raison d'une polynévrite aiguë, le patient étant de plus dépressif depuis 2003.

Au vu de ce qui précède, force est de constater que l'hospitalisation en cause était motivée non seulement par l'état dépressif, mais bien aussi et surtout par la polynévrite bilatérale aiguë, qui nécessitait des soins spécifiques. L'objectif thérapeutique visant également la consolidation à l'abstinence, il y a lieu d'admettre que l'hospitalisation a bien eu lieu en relation avec un abus d'alcool, pour lequel les prestations sont expressément exclues selon l'art. 33.1 des CGA et 17.2 des CCA (cf. ATF du 1er octobre 2004, cause 5C. 134/2004). Peu importe à cet égard que l'abus d'alcool soit la conséquence ou non d'un état maladif, étant précisé que les clauses litigieuses ne font nullement référence, contrairement à ce que soutient le recourant, à une notion de faute. Ainsi que le Tribunal fédéral l'a rappelé, dans le langage courant, l'usage abusif d'une substance se définit comme étant excessif, immodéré ou mauvais (cf. dictionnaire Robert), sans référence aux notions de volonté ni de faute (cf. ATF du 14 avril 2004, cause 5C. 26/2004).

C'est en conséquence à juste titre que l'intimée a refusé de prendre en charge l'hospitalisation au titre des prestations complémentaires.

7. Mal fondé, le recours ne peut qu'être rejeté.

***

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours et la demande reconventionnelle recevables.

Au fond :

2. Rejette le recours.

3. Prononce la mainlevée de l'opposition formée au commandement de payer poursuite no. 05 163174.

4. Rejette la demande reconventionnelle.

5. Dit que la procédure est gratuite.

6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

Le greffier	La Présidente :
Walid BEN AMER	Juliana BALDE

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le