

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4398/2009

ATAS/85/2011

ARRET

DE LA COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

du 27 janvier 2011

3^{ème} Chambre

En la cause

Madame D_____, domiciliée à Puplinge, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Anne SONNEX KYD

demanderesse

contre

CONCORDIA ASSURANCE SUISSE DE MALADIE ET
ACCIDENTS SA, sise rte des Acacias 48; 1211 Genève 26

défenderesse

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Violaine LANDRY-ORSAT et Christine
LUZZATTO, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. En 1994, Madame D_____ (ci-après : l'assurée) a subi une reconstruction mammaire à la suite d'un cancer du sein, lors de laquelle un filet au niveau de l'abdomen a été posé.
2. Le 12 mars 1999, le Dr L_____, spécialiste FMH en radiologie, a pratiqué une échographie abdominale qui a révélé une discrète stéatose hépatique après chimiothérapie.
3. Du 30 août au 22 septembre 2006, l'assurée a séjourné au Service de gastro-entérologie et hépatologie des HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (HUG). Les Drs M_____, médecin adjoint, et N_____, médecin interne, ont posé le diagnostic principal de stéatohépatite alcoolique grave. Ils ont en outre mentionné les comorbidités suivantes : cirrhose alcoolique, status post-mastectomie, reconstruction mammaire gauche en 1994, status post-tumorectomie et recherche du ganglion sentinelle, hypertension artérielle et éthylisme chronique.

Les Drs O_____ et N_____ ont relevé que l'hépatite dont souffrait l'assurée était le plus vraisemblablement d'origine toxique, avec rôle probable du Tamoxigène®. Les médecins ont également souligné que l'assurée avait pris en charge son éthylisme chronique et s'était soumise à un sevrage lors de son séjour.

4. Depuis le 1^{er} janvier 2007, l'assurée est affilié à CONCORDIA (ci-après l'assurance) pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie et d'accident. Elle dispose en outre d'une assurance-hospitalisation PE 2 en division mi-privée ainsi que d'une assurance complémentaire DIVERSA depuis le 1^{er} janvier 2007. Ces polices d'assurance se réfèrent aux conditions générales d'assurance (CGA) dans leur version 2007 et aux conditions complémentaires d'assurance (CCA) dans leur version 1997.
5. Du 23 au 27 septembre 2007, l'assurée a séjourné au Service des soins intensifs puis au Service de gastro-entérologie et hépatologie des HUG en raison d'une décompensation dans un contexte infectieux d'une cirrhose éthylique Child B avec ascite et hydro-thorax droit, hyponatrémie, ainsi qu'un trouble de la crase.

Les différents rapports d'hospitalisation font notamment état d'atteintes liées à la consommation d'alcool, telles qu'une cirrhose éthylique Child B sur éthylisme chronique (arrêté en septembre 2006). Les médecins ont constaté durant le séjour de l'assurée que celle-ci souffrait d'un abcès à staphylocoques dorés multisensible, infection cutanée abdominale en relation avec la présence du filet mis en place lors de la reconstruction mammaire.

6. Le 27 août 2007, l'assurée a été transférée au Service de chirurgie viscérale des HUG, où a été pratiquée l'ablation du filet abdominal par le Prof. P_____ et où elle a ensuite séjourné en division semi-privée jusqu'au 9 septembre 2007.
7. Dans l'intervalle, le 31 août 2007, l'assurance a adressé aux HUG une garantie d'hospitalisation portant sur la prise en charge dès le 23 juillet 2007 et durant vingt jours du séjour de l'assurée en division semi-privée au Service de chirurgie viscérale, étant précisé que cette garantie était valable pour autant que le traitement relève d'une prestation obligatoire.
8. Par courrier du 14 janvier 2008, le Dr M_____ a précisé au médecin-conseil de l'assureur que la maladie chronique du foie au stade de cirrhose dont souffrait l'assurée était d'origine mixte : consommation excessive d'alcool et prise d'un médicament hépato-toxique prescrit comme traitement complémentaire de sa néoplasie du sein en 2006. Cette maladie avait donné lieu à plusieurs complications, dont une ascite, un hydrothorax et un épisode d'infection de corps étranger au niveau abdominal. Le Dr M_____ a relevé que les examens et les biopsies pratiqués permettaient de confirmer que l'assurée était totalement abstinente à l'alcool depuis 18 mois. L'insuffisance hépatique résiduelle était stable et toute nouvelle altération de la fonction hépatique devrait faire l'objet d'un diagnostic différentiel avant d'être imputée à la consommation d'alcool.
9. Le 22 février 2008, l'assureur a adressé au Dr M_____ un courrier dans lequel il développait l'avis que puisqu'il ressortait des rapports médicaux que le séjour de l'assurée au Service de chirurgie viscérale des HUG était lié à un traitement en relation avec des événements exclus par les CGA, ce séjour ne serait pas pris en charge par l'assurance complémentaire.
10. Le 22 mai 2008, les HUG ont adressé à l'assureur une facture d'un montant de 9'516 fr. 75 hors forfait journalier, relative au séjour de l'assurée du 27 août au 9 septembre 2007.
11. Le 2 octobre 2008, l'assureur a retourné aux HUG la facture précitée, en indiquant que sa prise en charge se limiterait aux prestations incombant à l'assurance obligatoire de soins.
12. Par courrier du 27 octobre 2008, l'assurée a sollicité de l'assureur que celui-ci rende une décision formelle sujette à recours.
13. L'assureur lui a expliqué par courrier du 14 novembre 2008 qu'il n'était pas habilité à rendre une décision dans la mesure où il s'agissait d'un litige entre assureur et assurée en matière d'assurance complémentaire.
14. Le 16 juillet 2009, les HUG ont adressé à l'assurée une facture d'un montant de 9'180 fr. 10 relative à son séjour en division semi-privée du 27 août au 9 septembre

2007, dont ils ont accepté, sur demande de l'assurée, de reporter la date d'échéance (cf. leur courrier du 16 septembre 2009).

15. Le 8 décembre 2009, l'assurée (ci-après la demanderesse) a saisi le Tribunal cantonal des assurances sociales d'une demande en paiement. Elle conclut, sous suite de dépens, à ce que l'assurance (ci-après la défenderesse) soit condamnée à lui payer la somme de 9'180 fr. 10. A l'appui de sa demande, elle fait valoir que l'opération qu'elle a subie n'avait aucun lien avec l'abus d'alcool, mais visait à remédier à l'infection du filet abdominal posé en 1994.
16. Invitée à se déterminer, la défenderesse, dans sa réponse du 2 février 2010, a conclu au rejet de la demande avec suite de dépens. Elle allègue que ses CGA excluent la prise en charge des maladies en relation avec l'abus d'alcool ainsi que de leurs complications et séquelles. Elle ajoute que ses CCA relatives à l'assurance complémentaire Hospitalisation PE prévoient les mêmes réserves et qu'il n'est pas nécessaire que l'abus d'alcool soit la cause principale de l'atteinte pour que les prestations soient exclues. Or, selon la défenderesse, tous les rapports établis par les HUG font référence à des atteintes en relation avec la consommation d'alcool et les troubles qu'ils diagnostiquent sont les conséquences bien connues d'abus d'alcool répétés.
17. Le 12 mars 2010, la demanderesse a répliqué en persistant dans ses conclusions. Elle relève que ses fréquentes hospitalisations étaient avant tout liées au cancer du sein détecté en 1992 et à sa récurrence en 2006. Elle souligne que le traitement médicamenteux qui lui a alors été administré était hépato-toxique, que les rapports médicaux ont confirmé son abstinence à l'alcool depuis septembre 2006, soit près d'une année avant l'intervention du Prof. P_____, et en tire la conclusion que les problèmes de santé qu'elle a rencontrés en 2007 ne peuvent être imputés à un ancien éthylisme chronique. La défenderesse rappelle qu'elle n'a été hospitalisée en division semi-privée que du 27 août au 9 septembre 2007, la période d'hospitalisation restante devant être couverte par l'assurance obligatoire de soins. Pour le surplus, elle conteste que les CGA puissent être interprétées de manière à ce que les traitements dont l'abus d'alcool n'est pas la cause principale soient exclus de la couverture. A cet égard, elle fait valoir que le preneur d'assurance est couvert contre le risque tel qu'il peut le comprendre de bonne foi à la lecture des conditions générales et qu'il appartient à l'assurance de stipuler clairement la portée de son engagement, conformément au principe de la confiance.
18. Dans une prise de position datée du 13 avril 2010, le Dr Q_____, médecin-conseil de la défenderesse, a relevé que le diagnostic de sévère cirrhose hépatique alcoolique avait été posé dans plusieurs rapports médicaux. S'agissant de la toxicité hépatique du Tamoxifène®, le Dr Q_____ a produit l'extrait du Compendium Suisse des médicaments. Ce dernier mentionne à titre d'effets secondaires : troubles hépato-biliaires, stéatose du foie, cholestase, hépatite. Le médecin se réfère

également à un extrait de la banque de donnée automatisée sur les médicaments (BIAM) dont il ressort que cette préparation pourrait exacerber l'atteinte hépatique chez les sujets cirrhotiques, selon un cas décrit. Il conclut que la cirrhose dont souffre la demanderesse est bien due à un abus d'alcool et qu'un effet exacerbant du Tamoxifène® est tout à fait improbable.

19. Dans sa duplique du 15 avril 2010, la défenderesse, se référant à l'avis de son médecin-conseil, allègue que l'origine éthylique de la sévère cirrhose hépatique de la demanderesse est attestée par de nombreux rapports médicaux et que l'abstinence dont a fait preuve l'intéressée par la suite ne permet pas de remettre sa position en question, puisque les dommages provoqués au foie étaient alors trop importants pour être réversibles. La défenderesse relève que la cirrhose hépatique n'est pas un effet secondaire reconnu du Tamoxifène® et qu'il n'est pas confirmé que ce médicament exacerbe l'atteinte hépatique chez les sujets cirrhotiques.
20. Sur demande du Tribunal cantonal, le Service "tarifs et clientèle" des HUG a précisé par courrier du 2 septembre 2010 que l'assurée avait séjourné en division commune du 23 au 26 juillet 2007 puis du 10 au 28 septembre 2007 et en division privée du 27 juillet au 9 septembre 2007. Une facture correspondait à ce dernier séjour et comprenait l'entier des prestations effectuées, soit le forfait journalier pour l'utilisation d'une chambre à deux lits, la taxe de soins et les honoraires médicaux.
21. Par courrier du 3 novembre 2010, le Tribunal cantonal a interrogé le Prof. R_____, du Service de gastro-entérologie et hépatologie des HUG, sur la question de l'origine de l'infection dont avait été victime et celle de l'origine des staphylocoques dorés responsables de l'infection.
22. Par courrier du 15 novembre 2010, le Prof. R_____ a répondu que l'infection du filet abdominal avait très certainement été causée par une bactériémie, soit la présence de staphylocoques dorés dans le sang, et que l'existence d'une cirrhose - quelle qu'en soit l'origine - est associée à une incidence augmentée de bactériémies. Le médecin a précisé que, dans le cas de l'assurée, la cause de la cirrhose était une stéato-hépatite liée d'une part à l'abus d'alcool, d'autre part à l'administration de Tamoxifène® pour le traitement du cancer du sein. Quant aux staphylocoques dorés, ils étaient généralement d'origine nasale ou cutanée et le passage de ces bactéries dans le sang pouvait être consécutif à une érosion cutanée, une plaie ou un grattage. Leur persistance dans le sang était favorisée par l'existence d'une cirrhose.
23. Copie de ce courrier a été transmis aux parties par pli du 17 novembre 2010.

EN DROIT

1. Jusqu'au 31 décembre 2010, conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 4 et let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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) 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 relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA; RS 221.229.1).

Dès le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009).

Conformément à l'art. 37 CGA, l'assuré a le choix entre le for de Lucerne et celui de son domicile suisse en cas de contestations découlant du contrat. Il existe dès lors un for à Genève, canton où la demanderesse a son domicile.

La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. L'assurance en cause est soumise à la LCA, ce qui est confirmé par l'art. 1.3 CGA.
3. La loi fédérale sur la surveillance des entreprises d'assurance du 17 décembre 2004 (LSA; RS 961.01) ne contenant pas de règles spécifiques concernant les délais relatifs aux contestations de droit privé entre assurances et assurés, la demande est recevable à la forme.
4. Le litige porte sur la prise en charge par l'assurance complémentaire d'hospitalisation de la demanderesse de son séjour en division semi-privée lors de l'ablation du filet abdominal infecté.
5. 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 (ATAS/1104/2006).

Les principes généraux de l'interprétation des contrats s'appliquent au contrat d'assurance. En effet, l'art. 100 LCA renvoie au droit des obligations, et partant, au code des obligations (CO; RS 220). Lorsqu'il s'agit de déterminer le contenu d'un contrat d'assurance et des conditions générales qui en font partie intégrante, le juge doit donc, comme pour tout autre contrat, recourir en premier lieu à l'interprétation

dite subjective, c'est-à-dire rechercher la "réelle et commune intention des parties", le cas échéant empiriquement, sur la base d'indices (art. 18 al. 1 CO). S'il ne parvient pas à établir avec certitude cette volonté effective, ou s'il constate que l'un des contractants 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 (application du principe de la confiance; ATF 122 III 118, consid. 2a; ATF 118 II 342, consid. 1a). Ce faisant, le juge doit partir de la lettre du contrat et tenir compte des circonstances qui ont entouré sa conclusion (ATF 5C.134/2002 du 17 septembre 2002, consid. 3.1). Selon la jurisprudence, il convient de ne pas attacher une importance décisive au sens des mots, même clairs, utilisés par les parties (abandon de la "Eindeutigkeitsregel"). Il ressort de l'art. 18 al. 1 CO qu'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; même si la teneur d'une clause contractuelle paraît claire et indiscutable à première vue, il peut résulter du but poursuivi par les parties ou d'autres circonstances que la lettre ne restitue pas exactement le sens de l'accord conclu (arrêt 5C.305/2001 du 28 février 2002, consid. 4b; ATF 127 III 444, consid. 1b). Finalement, et de façon subsidiaire, lorsqu'il subsiste un doute sur leur sens, les dispositions exclusivement rédigées par l'assureur, ainsi les conditions générales pré-formulées, sont à interpréter en défaveur de leur auteur, conformément à la règle des clauses ambiguës ("*in dubio contra stipulatorem*"; "Unklarheitsregel") (ATF 4C.208/2006 du 8 janvier 2007, consid. 3.1; ATF 122 III 118 consid. 2a). 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 autrement le doute créé, faute d'autres moyens d'interprétation (ATF B 56/03 du 2 décembre 2003, consid. 3.6; ATF 122 III 124, consid. 2d).

6. Aux termes de l'art. 33 LCA, l'assureur répond - sauf dispositions contraires - 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. Cette disposition est une concrétisation de l'adage *in dubio contra stipulatorem* (ATF 115 II 264, consid. 5a).

Ainsi, 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 (ATF 116 II 189, consid. 2a). 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 5C.26/2004 du 14 avril 2004, consid. 3.1). En outre, il est exclu d'interpréter de manière isolée les divers éléments du contrat; chaque clause

contractuelle doit être interprétée à partir du contrat dans son ensemble (ATF 5C.44/2004 du 21 mai 2004, consid. 2.1). Partant, lorsque les parties ont convenu de la définition à donner à un terme dans le contrat d'assurance ou dans les CGA, qui en font partie intégrante, c'est cette définition conventionnelle qui fait foi (Stephan FUHRER, Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, 2001, N° 106, ad art. 33 LCA).

7. En l'espèce, l'art. 33.1 CGA prévoit que sont notamment exclus de l'assurance les maladies et accidents ainsi que leurs complications et séquelles survenant en relation avec la consommation de drogues, de stupéfiants et d'autres substances toxicomanogènes ainsi que l'abus d'alcool et de médicaments.

Selon l'art. 17.2 CCA, l'assurance PE n'octroie aucune prestation pour le traitement et le séjour dans des hôpitaux de 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.

Il n'est pas inutile de rappeler ici que le Tribunal fédéral a admis la validité d'une clause dans les conditions générales d'assurance excluant les prestations liées à l'abus d'alcool (ATF 5C.134/2004 du 1^{er} octobre 2004, consid. 4).

8. A la lumière des considérants qui précèdent, il convient d'interpréter la notion de maladie ou de complication "en relation avec l'abus d'alcool", au sens de l'art. 33.1 CGA.

Selon la définition du Petit Robert, une relation est un lien ou un rapport. Dans le langage courant, lorsque des événements sont décrits comme "en relation" l'un avec l'autre, ce terme est généralement compris comme désignant un lien de cause à effet entre ces événements, c'est-à-dire que l'un a provoqué ou à tout le moins grandement favorisé l'apparition l'autre. Des événements dits en relation les uns avec les autres doivent donc être compris comme étant en reliés par un rapport de causalité. De plus, l'examen des autres clauses du contrat, en particulier de l'art. 17.2 CCA - dont la teneur est similaire à l'art. 33.1 CGA - permet de confirmer cette interprétation. En effet, l'art. 17.2 CCA évoque précisément que les prestations sont exclues lorsque le traitement et le séjour ont lieu *en raison* d'un abus d'alcool, ce qui confirme que ce sont bien les traitements en lien de causalité avec l'abus des substances citées qui ne sont pas pris en charge par l'assurance complémentaire.

Dans le contexte de la clause d'exclusion du cas d'espèce, on ne voit d'ailleurs guère quelle autre signification pourrait revêtir la notion de relation. En effet, le terme "en relation" ne peut être compris de bonne foi au sens d'une simple coexistence entre une atteinte et une consommation d'alcool excessive. Une acception aussi large ne peut correspondre à la volonté des parties, puisque si tel était le cas, un assuré souffrant ou ayant souffert d'éthylisme chronique n'aurait aucun intérêt à conclure une police d'assurance complémentaire. Il suffirait ainsi à l'assureur d'invoquer les

troubles de la dépendance de l'assuré pour refuser toute prestation à ce dernier, même lorsque les affections qui nécessitent des soins sont sans rapport avec l'abus d'alcool.

Ce point étant éclairci, il sied de déterminer si l'infection ayant nécessité l'ablation du filet abdominal est en lien de causalité avec l'abus d'alcool, ou une complication de celui-ci.

Il n'est pas contesté que la demanderesse a par le passé consommé de l'alcool de manière excessive et que cette dépendance a induit diverses atteintes à sa santé. La question de savoir si la cirrhose est d'origine éthylique ou non peut cependant rester ouverte en l'espèce. En effet, une cirrhose - qu'elle soit alcoolique ou non - n'est pas propre à entraîner une bactériémie sans agents infectieux. Ce n'est donc pas la cirrhose qui cause l'infection, mais la présence de bactéries - en l'occurrence les staphylocoques dorés - qui n'est pas consécutive à un abus d'alcool. S'il ressort des explications du Prof. R_____ que le risque de bactériémies et la persistance de staphylocoques dans le sang sont plus élevés chez des sujets atteints de cirrhose, on peut tout au plus en conclure que cette atteinte est un facteur favorisant ou prolongeant l'infection, mais non qu'elle en est la cause, même partielle. Partant, il n'existe pas de lien de causalité entre l'infection du filet abdominal de la demanderesse et les autres diagnostics imputables - à tout le moins partiellement - à un abus d'alcool. Pour le surplus, la survenance de l'infection étant indépendante de l'existence d'atteintes à la santé d'origine éthylique, on peut *a fortiori* exclure que la première constitue une complication des deuxièmes.

Partant, la condition de causalité prévue par les CGA et les CCA permettant d'exclure la couverture d'une atteinte à la santé n'est pas réalisée en l'espèce.

9. Au vu de ce qui précède, la demande sera admise.

La demanderesse obtenant gain de cause, elle a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, qui doit être fixée à 1'500 fr. (art. 89h al. 3 de la loi sur la procédure administrative [LPA; RSG E 5 10]).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 89h al. 1 LPA).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare la demande recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Dit que la défenderesse est condamnée à verser à la demanderesse la somme de 9'180 fr. 10.
4. Condamne la défenderesse à verser à la demanderesse une indemnité de 1'500 fr. à titre de dépens.
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 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

La présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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