

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2673/2008

ATAS/243/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 10 février 2009

En la cause

X,

comparant avec élection de
domicile en l'étude de Maître SAYEGH Christine

recourante

contre

A,

intimée

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Violaine LANDRY ORSAT et Christine
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. X, née le 15 juillet 1938, est affiliée auprès A (ci-après la caisse-maladie) pour l'assurance obligatoire des soins selon la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) et pour deux assurances complémentaires "... +" et "...".
2. Le 5 septembre 2005, l'assurée a demandé à la caisse-maladie le remboursement de cinq factures établies par la Dresse E, médecin dentiste, le 29 août 2005 pour des soins dispensés de 2001 à 2005.
3. Par courriers des 15 septembre 2005 et 20 janvier 2006, la caisse-maladie a prié l'assurée de lui faire parvenir des justificatifs supplémentaires relatifs à ces cinq factures, soit
 - les attestations de paiement pour chacune des cinq factures,
 - une attestation de l'OCPA mentionnant avec précision qu'aucune de ces factures n'a été prise en charge par eux,
 - l'orthopantomographie faite le 18 février 2002,
 - les copies des factures des laboratoires des prothésistes dentaires pour les soins de 2001, 200 (illisible), 2004 et 2005,
 - le détail du matériel et des médicaments de la facture pour les soins de 2002.
4. Le 6 avril 2006, la Dresse E a répondu à la caisse-maladie que le détail du matériel et médicaments désignait le prix de trois implants à raison de 450 fr. chacun.
5. Par courrier adressé à un homonyme, domicilié à Villars sur Glâne, du 21 avril 2006, la caisse-maladie a indiqué que les frais ne pouvaient pas être pris en charge dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (minima) et que le cas n'était par ailleurs pas couvert par une assurance complémentaire. Elle a dès lors retourné à cet homonyme les documents produits.
6. Le 17 mai 2006, la caisse-maladie, se référant à l'art. 7 des conditions de l'assurance complémentaire "...", a prié l'assurée de lui remettre la note d'honoraires originale du médecin dentiste accompagnée d'un relevé de prestations distinguant les frais de soins et de laboratoire.
7. Le 24 mai 2006, la Dresse E a constaté l'erreur commise par la caisse-maladie et a transmis à celle-ci un duplicata des factures.
8. L'assurée, représentée par Protection juridique SA, a écrit le 11 octobre 2006 pour relancer l'assurance. L'assurance y répond le 4 décembre 2006, rappelant qu'elle était sans nouvelle suite à son courrier du 17 mai 2006.
9. Le 25 janvier 2007, l'assurée a confirmé à la caisse-maladie que l'OCPA n'avait pas pris en charge les factures dont elle lui demandait le remboursement.

10. Par courrier du 20 février 2007, l'assurée a transmis à la caisse-maladie les factures de la Dresse E.
11. Le 28 février 2007, la caisse-maladie a rappelé qu'elle n'acceptait pas pour les décomptes de prestations les copies de documents. Elle restait dès lors dans l'attente des documents originaux.
12. Le 30 mars 2007, l'assurée a fait parvenir à la caisse-maladie les originaux des factures, étant précisé qu'elle l'avait déjà fait mais que la caisse-maladie les avait retournés à une personne homonyme.
13. Par courrier du 4 avril 2007, la caisse-maladie a constaté que les factures qu'elle avait en sa possession n'étaient pas des factures originales.
14. Maître Christine SAYEGH a informé la caisse-maladie, le 5 juillet 2007, qu'elle avait été mandatée par l'assurée. Elle rappelle à celle-ci que les factures originales lui avaient déjà été transmises, mais qu'elle les avait retournées à une personne homonyme, qu'elle partait dès lors de l'idée que la caisse-maladie les avait photocopiées et était ainsi en possession des documents nécessaires.
15. Le 5 septembre 2007, la caisse-maladie a souligné le fait qu'elle n'avait pas à ce jour reçu de factures originales. Elle déclare ainsi :

"Afin de donner suite à votre lettre du 5 juillet 2007, nous vous informons que selon les conditions de l'assurance ..., il est indiqué à l'art. 7 que l'assuré doit nous adresser les notes d'honoraires originales. A ce jour nous n'avons pas reçu de factures originales selon les explications fournies dans notre courrier du 4 avril 2007.

En outre, les conditions générales de cette assurance ... sont définies dans l'exemple annexé où vous trouverez à l'art. 17 les dispositions administratives dont l'al. 4 qui indique : «l'assuré ou le preneur d'assurance doit fournir à A les renseignements et les pièces nécessaires à la liquidation du cas».

Or, nous constatons que notre demande date de septembre 2005 et nous n'avons pas obtenu les pièces demandées".

16. Par courrier du 11 février 2008, la mandataire de l'assurée a expliqué à la caisse-maladie avoir découvert que les factures originales avaient été envoyées à l'OCPA, lequel a confirmé en date du 31 janvier 2008 qu'il ne pouvait pas retourner ces documents qui ont été numérisés, mais des copies conformes à l'original, qu'elle lui transmet.
17. Le 28 avril 2008, la caisse-maladie a admis que les factures numérisées par l'OCPA avec la mention conforme à l'original pouvaient être considérées comme factures originales. En revanche elle constate que l'assurée n'a pas encore produit les

preuves de paiement. Un délai de 14 jours lui est à cet égard imparti dès réception de la présente lettre. La caisse-maladie attire par ailleurs l'attention de l'assurée sur le fait que selon les conditions d'assurance "...", aucune prestation n'est allouée pour les implants et les mesures du dentiste pour leur pose. L'assurée peut lui demander une participation aux frais, qui ne semblerait pas avoir été faite.

18. Le 15 mai 2008, la mandataire a fait parvenir à la caisse-maladie treize cartes de visite originales signées par la Dresse E avec la mention qu'elle avait reçu un acompte sur traitement dentaire.
19. La caisse-maladie a estimé que les différentes cartes de visite ne constituaient pas des preuves de paiement. Elle ajoute qu'en tout état de cause, les prétentions de l'assurée sont prescrites.
20. Le 9 juin 2008, l'assurée a contesté la prise de position de la caisse-maladie.
21. Celle-ci a, le 23 juin 2008, confirmé la prescription et s'est étonnée en outre de ce que sur les cinq factures du 29 août 2005, il ne soit pas fait mention de ces "soi-disant acomptes" qui auraient été versés depuis 2001 déjà.
22. Le 2 juillet 2008, l'assurée, par l'intermédiaire de son mandataire, a déposé auprès du Tribunal de céans une demande en paiement à l'encontre de la caisse-maladie. Elle conclut à ce que celle-ci soit condamnée à lui payer la somme de 5'010 fr., plus intérêts à 5% dès le 15 mai 2008.
23. Invitée à se déterminer, la caisse-maladie a quant à elle conclu à ce que l'exception de prescription concernant la créance de 5'010 fr. de l'assurée à son encontre soit admise et que la demande en paiement soit rejetée.
24. Par écritures du 26 septembre 2008, l'assurée conteste la position de la caisse-maladie consistant à dire que le dies a quo est le 30 septembre 2005, représentant la date à laquelle les créances du médecin dentiste à l'encontre de son patient étaient exigibles. Elle considère en effet que "le fait d'où naît l'obligation" de rembourser a commencé à courir dès le 11 février 2008, date à laquelle la caisse-maladie a eu en sa possession les copies conformes des factures originales numérisées par l'OCPA. Si par impossible le Tribunal de céans doit retenir que ses créances sont prescrites, elle invoque l'abus de droit commis par la caisse-maladie qui a sollicité pendant plusieurs mois la production de pièces alors que l'assurée s'efforçait de les réunir et de l'informer des différents problèmes survenus qui avaient ainsi ralenti la procédure indépendamment de sa volonté. S'agissant des créances elles-mêmes, la caisse-maladie admet que les justificatifs de paiement ne correspondent pas aux attentes de l'assurance laquelle aurait préféré la production d'avis de débit ; elle relève toutefois que la liberté contractuelle laisse la prérogative de pouvoir payer son médecin avec de l'argent comptant.

25. Dans sa duplique du 27 octobre 2008, la caisse-maladie persiste à invoquer la prescription, se référant à un arrêt rendu par le Tribunal cantonal du canton de Neuchâtel dans la cause CC.2000.50. Elle conteste avoir commis un abus de droit. Elle relève enfin que l'assurée n'a pas expliqué pourquoi il n'était pas fait mention des acomptes sur les factures établies le 29 août 2005.
26. Ce courrier a été transmis à l'assurée et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. c de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994, et à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accident du 20 mars 1981.

Le Tribunal cantonal des assurances sociales est ainsi saisi de l'ensemble du contentieux en matière d'assurances complémentaires privées, tant dans le domaine de l'assurance-maladie que dans celui de l'assurance-accidents. Le Tribunal des conflits a au demeurant expressément constaté la compétence du Tribunal de céans en matière d'assurance d'indemnités journalières soumise à la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA; ACOM/42/2006 du 13 juin 2006; ACOM/55/2005 du 26 août 2005). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. L'assurée, au bénéfice de l'assurance complémentaire "...", a déposé le 2 juillet 2008 auprès du Tribunal de céans une demande visant à obtenir de l'intimée le remboursement de cinq factures établies par la Dresse E le 29 août 2005. L'intimée a soulevé l'exception de prescription.
3. La prescription est une institution qui relève du droit matériel et non de la procédure. Le jugement qui accueille l'exception de prescription ne prononce ainsi pas l'irrecevabilité de la demande, mais son rejet au fond. Le moyen tiré de la prescription doit par ailleurs être examiné en premier, dans la mesure où, si l'exception est admise, un jugement final est rendu alors que si l'exception est rejetée, la décision ne sera que préjudicielle (ATF 118 II 447).
4. Aux termes de l'art. 46 al. 1, 1^{ère} phrase LCA, l'assuré doit saisir directement l'autorité judiciaire, par la voie d'une action qui doit être intentée dans les deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation qui dérive du contrat d'assurance, ce délai pouvant être interrompu selon les règles générales du droit privé.

Selon la jurisprudence, le fait d'où naît l'obligation ne se confond pas avec la survenance du sinistre lorsque cet événement ne donne pas à lui seul droit à la

prestation de l'assureur, laquelle n'est due que si le sinistre engendre un autre fait précis, c'est-à-dire, dans l'assurance-accident, le décès ou l'invalidité (ATF 118 II 447, consid. 2b, p. 455). En d'autres termes, le délai de prescription de l'art. 46 al. 1 LCA, pour la prestation en cas d'invalidité, ne court pas dès le jour de l'accident, mais dès que l'invalidité de l'assuré est acquise. Peu importe en revanche le moment où l'assuré a eu connaissance de son invalidité. En effet, contrairement aux articles 60 CO et 83 al. 1 LCR, le départ du délai de prescription est fixé de manière objective. Il correspond au moment où l'invalidité qui s'est manifestée peut objectivement être tenue pour acquise, c'est-à-dire est permanente et durable (ATF 118 II 447, p. 455 consid. 2; ATFA non publié du 23 octobre 2003, 5C.61/2003, consid. 3.3.). En principe, l'invalidité s'entend comme une diminution, probablement permanente, de la capacité de travail de l'assuré (ATF 118 II 447, consid. 2b; ATF 127 III 100). Tel est généralement le cas lorsqu'il résulte de rapports médicaux que les mesures thérapeutiques destinées à conjurer le mal ou, du moins, à limiter les effets de l'atteinte dommageable ont échoué, c'est-à-dire dès que l'on ne peut plus attendre du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'il en résulte une incapacité de travail permanente et durable.

Dans l'ensemble, la jurisprudence montre que le "fait d'où naît l'obligation" ne se confond pas avec la survenance du sinistre lorsque cet événement ne donne pas à lui seul droit à la prestation de l'assureur, celle-ci n'étant due que si le sinistre engendre un autre fait précis, à savoir dans l'assurance-accident, le décès ou l'invalidité; dans l'assurance responsabilité civile, la détermination de la dette de l'assuré envers le lésé (ATF du 9 mars 2000 en la cause 5C.215/1999; ATF du 25 mai 2001 en la cause 5C.43/2001; ATF du 27 février 2004 en la cause 5C.112/2003).

Ce "fait" n'est pas le même pour les prétentions issues des diverses catégories d'assurances (ROELLI/JAEGÈR, *op.cit.*, n. 85 ad art. 87/88 LCA; VIRET, *op.cit.*, p. 134; cf. pour l'assurance responsabilité civile, ATF 61 II 198; BREHM, *Le contrat d'assurance de responsabilité civile*, Lausanne 1983, p. 213 ss); c'est aussi vrai pour l'assurance contre les accidents, vu la diversité des prestations qu'offre cette branche (VIRET, *op.cit.*, p. 135). L'"obligation" visée par l'art. 46 al. 1 LCA est évidemment celle de l'assureur de verser les prestations convenues à raison de l'événement assuré; le "fait" qui lui donne naissance est ainsi la réalisation du risque (cf. BOSSARD, *Beitrag zur Versicherungsvertragstheorie*, thèse Berne 1950, p. 79). Lorsqu'en matière d'assurance contre les accidents, le contrat prévoit une couverture pour le cas d'invalidité, ce n'est pas l'accident comme tel, mais bien la survenance de l'invalidité - comme événement assuré - qui donne lieu à l'obligation de payer des prestations; en effet, tant que l'accident n'entraîne aucune invalidité, l'assureur est fondé à ne pas intervenir (RBA IX No 96 p. 240; ROELLI/JAEGÈR, *op.cit.*, n. 85 ad art. 87/88 LCA; PÉTERMANN, *op.cit.*, p. 35; ATF 118 II 447).

Tel n'est pas le cas en matière d'assurance vol (ATF 126 III 278 consid. 7a p. 280) ou d'assurance incendie (arrêt 5C.43/2001 du 25 mai 2001, consid. 4a, rés. in: AJP 2002 p. 585 ch. 3): l'obligation de l'assureur naît au moment de la survenance du sinistre. C'est donc le sinistre lui-même qui doit engendrer un autre fait précis - comme par exemple l'invalidité ou le décès dans l'assurance accident - pour que le délai de prescription ne commence à courir qu'à partir de cette date. Or, tel n'est le cas ni pour l'assurance casco partielle, ni pour l'assurance vol ou l'assurance incendie; c'est la survenance du sinistre lui-même, soit l'endommagement ou la destruction de l'objet assuré, soit le vol de celui-ci, qui ouvre le droit aux prestations de l'assureur et, en conséquence, fait courir la prescription. Le résultat de l'enquête pénale ne constitue pas un fait engendré par le sinistre en tant que tel, de sorte qu'il ne revêt aucune incidence sur le dies a quo du délai de l'art. 46 al. 1 LCA (ATF 5C.112/2003).

En matière d'assurance du bâtiment contre les incendies ou les dégâts d'eau, la prescription commence à courir au moment de la survenance du sinistre (ATF 5C.43/2201).

5. En l'espèce, selon l'art. 1 des Conditions spéciales de l'assurance complémentaire ..., "la présente assurance complémentaire permet de couvrir les frais de soins dentaires prodigués par un médecin-dentiste, qui ne sont pas consécutifs à un accident".

Il y a ainsi lieu de constater que l'événement dont la survenance donne droit à lui seul à la prestation de la caisse-maladie ne peut être que les soins dentaires eux-mêmes, ou la note d'honoraire du dentiste. Un autre fait n'a pas à intervenir comme pour l'assurance-accidents.

Que l'on retienne la date des derniers soins dispensés par la Dresse E à l'assurée, ou celle à laquelle le médecin a établi les factures, ou encore celle à laquelle les créances du médecin à l'encontre de l'assurée sont exigibles, le délai de prescription a commencé à courir en 2005, si bien qu'il était échu en 2007. Aussi les prétentions de l'assurée visées dans sa demande auprès du Tribunal de céans du 2 juillet 2008 sont-elles prescrites, sous réserve d'une éventuelle interruption. C'est à tort que l'assurée considère que le dies a quo doit être fixé au 11 février 2008, date à laquelle la caisse-maladie a eu en sa possession les copies conformes des factures originales numérisées par l'OCPA dans la mesure où il ne s'agit-là que d'une exigence de forme (art. 7 des Conditions spéciales ...).

6. Aux termes de l'article 135 chiffre 2 CO, applicable par renvoi de l'art. 100 LCA, la prescription est interrompue lorsque le créancier fait valoir ses droits par des poursuites, par une action ou une exception devant un tribunal ou des arbitres, par une intervention dans une faillite ou une citation en conciliation.

En l'espèce, l'assurée a certes demandé à sa caisse-maladie le remboursement des factures de la Dresse E le 5 septembre 2005. Elle n'a toutefois pas fait valoir ses droits par des actes qui auraient été susceptibles d'interrompre la prescription au sens de l'art. 135 CO, avant le 2 juillet 2008, date à laquelle elle a déposé sa demande en paiement auprès du Tribunal de céans. On ne saurait dès lors considérer qu'elle a interrompu le délai de prescription.

7. L'assurée reproche à la caisse-maladie d'avoir commis un abus de droit.

Le débiteur commet un abus de droit en se prévalant de la prescription, non seulement lorsqu'il amène astucieusement le créancier à ne pas agir en temps utile, mais aussi lorsque, sans dol, il a un comportement qui donne au créancier l'assurance qu'il sera payé et l'incite donc à renoncer à entreprendre des démarches juridiques pendant le délai de prescription, étant précisé que l'inaction du créancier doit apparaître objectivement compréhensible (ATF 113 II 264 consid. 2e p. 269; 108 II 287 consid. 5b; 89 II 262 /263 consid. 4). Un tel comportement peut consister par exemple à faire patienter le créancier par des pourparlers, en entretenant l'espoir d'un règlement amiable. Selon la jurisprudence, le débiteur de mauvaise foi peut aussi se prévaloir de la prescription sans pour autant commettre un abus de droit.

Seul le comportement positif à l'origine du manquement de délai - même dépourvu d'astuce - justifie la contre-exception de l'abus de droit (ATF 83 II 93, p. 101).

Il faut se demander si le comportement de la caisse-maladie a rendu compréhensible l'inaction ou la réaction tardive de l'assurée, celle-ci n'ayant agi devant le Tribunal de céans que le 2 juillet 2008.

Il est vrai que le fait pour la caisse-maladie d'avoir adressé par erreur à une personne homonyme son courrier du 21 avril 2006 a impliqué une importante perte de temps, la caisse-maladie persistant à solliciter la production des factures originales. Ce n'est ainsi que le 28 avril 2008 qu'elle admet que les factures numérisées par l'OCPA pouvaient être considérées comme factures originales. A cette date, les prétentions de l'assurée étaient déjà prescrites. Le Tribunal de céans constate toutefois que la caisse-maladie a, dès réception de la demande de remboursement, soit le 15 septembre 2005, fait savoir à l'assurée quels étaient les documents dont elle avait besoin. Elle a dû lui adresser un rappel le 20 janvier 2006. L'assurée n'a par ailleurs confirmé à la caisse-maladie que l'OCPA n'avait pas pris en charge ses factures dont elle lui demandait le remboursement que le 25 janvier 2007. Elle n'a pas non plus transmis dans un délai raisonnable à la caisse-maladie les preuves de paiement demandées ; ce n'est que le 15 mai 2008 qu'elle fait parvenir treize cartes de visite de la Dresse E.

Dans ces conditions, vu la lenteur avec laquelle l'assurée elle-même répondait aux différents courriers de la caisse-maladie, et nonobstant l'erreur commise par la

celle-ci dans un premier temps, le Tribunal de céans ne saurait admettre qu'il y ait abus de droit.

Aussi le recours doit-il être rejeté.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant


A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (av. du Tribunal fédéral 29, Case postale, 1000 Lausanne 14), conformément aux art. 72 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (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


Marie-Louise QUELOZ

La Présidente


Doris WANGELER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances privées par le greffe le **- 3 MARS 2009**

M. H. W. J. J. J.

