

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4358/2011

ATAS/168/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 12 février 2013

2^{ème} Chambre

En la cause

SWICA ASSURANCE-MALADIE SA, sise Römerstrasse 38,
8401 WINTERTHUR

demandeur
défendeur
reconventionnel

contre

HOIRIE DE FEU Monsieur DR_____, soit Madame
AR_____ et Monsieur BR_____, domiciliés
Cours des Bastions 13, 1205 Genève, comparant avec élection
de domicile en l'étude de Maître Viviane MARTIN

défenderesse,
demanderesse
reconventionnelle,
partie dénonçante

et

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE, sis rue
Gabrielle-Perret-Gentil 4, 1205 GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Pierre MARTIN-
ACHARD

dénoncés

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et
Evelyne BOUCHAARA, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur DR_____ (ci-après l'assuré) était affilié auprès de la SWICA ASSURANCE-MALADIE SA (ci-après l'assureur) depuis 1999 en tous les cas, pour l'assurance obligatoire des soins, mais également pour plusieurs assurances complémentaires, et en particulier pour l'assurance d'hospitalisation en division demi-privée (HOSPITA 2 ou HOSPITA).

Il résulte de la police d'assurance valable dès le 1^{er} janvier 2009 que l'assuré était notamment assuré pour l'assurance obligatoire des soins, le risque accident étant en particulier couvert, et pour l'hospitalisation en division demi-privée, étant précisé que le risque accident n'était en revanche pas assuré dans le cadre de cette assurance complémentaire (HOSPITA). Cette police d'assurance fait référence aux CGA 2009 (Conditions générales d'assurance 2009).

2. Le 4 juillet 1999, l'assuré a été victime d'un accident, lors duquel il a subi un traumatisme crânien.
3. Le 28 août 1999, il a été opéré en lien avec cet accident à la Clinique La Colline.

D'après le compte-rendu opératoire du 31 août 1999, il souffrait d'un hématome sous-dural mixte de la convexité gauche coagulé et ancien.

4. En date du 20 janvier 2009, l'assuré a chuté en scooter. Il a souffert d'un traumatisme crânien avec une perte de connaissance de deux à trois minutes.
5. En date du 24 février 2009, le Dr E_____, neurochirurgien auprès des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après les HUG), a faxé à l'assureur une garantie d'hospitalisation de l'assuré en Classe 2 (chambre à deux lits) dès le 25 février 2009. Il y est signalé que la nature de l'hospitalisation était « MAL » (maladie).
6. En date du 25 février 2009, l'assuré a signé un document établi par les HUG, duquel il résulte qu'il confirmait son souhait d'être hospitalisé en division semi-privée (chambre à deux lits) et confirmait avoir pris connaissance et accepter les tarifs pour l'hospitalisation des patients en chambre privée à deux lits ainsi que du règlement pour l'admission et le séjour des malades en chambre privée à un lit et en chambre privée à deux lits.
7. L'assuré a ainsi séjourné aux HUG du 25 février au 10 mars 2009. Le Dr E_____ l'a opéré en date du 26 février 2009 et a prodigué des soins.
8. Le 20 mars 2009, l'assureur a accepté la demande de garantie des HUG du 24 février 2009.

9. L'assuré a à nouveau été hospitalisé auprès des HUG du 2 au 7 avril 2009, du 9 au 20 avril 2009, du 19 mai au 3 juin 2009 et du 12 juin au 6 juillet 2009, étant précisé qu'il a subi une intervention en date du 25 mai 2009 effectuée par le Dr F_____, neurochirurgien.
10. En date du 28 mai 2009, le Tribunal tutélaire a désigné Me MARTIN aux fonctions de curatrice de l'assuré (curatelle de gestion).
11. Par courrier du 21 octobre 2009, la curatrice a informé l'assureur que l'assuré avait été soigné jusqu'à ce jour par le Dr F_____ exerçant aux HUG, toutefois, les enfants de l'assuré avaient mandaté le Dr G_____, neurochirurgien, pour s'occuper de celui-ci et le cas échéant pour l'opérer, étant précisé que ce médecin opérait à l'hôpital de La Tour. Elle a dès lors requis de l'assureur la confirmation que tous les frais d'hospitalisation et les interventions chirurgicales que l'assuré aurait à subir soient couverts.
12. En date du 3 novembre 2009, le Dr F_____ a informé l'assureur que l'assuré avait été opéré dans le service de neurochirurgie des HUG, en date du 26 février 2009, pour un hygrome sous-dural progressif survenu dans les suites du traumatisme crânio-cérébral du 20 janvier 2009. L'hospitalisation du 20 au 28 janvier 2009 relevait d'une cause traumatique, ce qui était également le cas de celle du 25 février au 10 mars 2009. Quant au séjour du 2 au 7 avril 2009 pour une intervention en raison d'une récurrence de l'hématome sous-dural chronique, il pouvait également s'inscrire dans ce cadre. En revanche, l'hydrocéphalie qui s'est développée par la suite pourrait avoir été déclenchée par le traumatisme crânio-cérébral, mais à l'âge de l'assuré, l'hydrocéphalie à pression normale était le plus souvent idiopathique, de sorte qu'il y avait lieu de privilégier la cause de maladie pour le séjour et l'intervention relatifs à l'hydrocéphalie. Enfin, en ce qui concernait les troubles neuropsychologiques objectivés en juin 2009, ils relevaient à son avis bien plus de l'hydrocéphalie que des suites du traumatisme crânio-cérébral.
13. Le 13 novembre 2009, l'assureur a indiqué à la curatrice de l'assuré, que le Dr H_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin-conseil, estimait, suite à un entretien téléphonique avec le Dr F_____ et eu égard aux informations en sa possession, que le cas découlait des suites de l'accident du mois de janvier 2009, de sorte que l'assuré allait rester hospitalisé en division commune pour le séjour en cours.
14. Suite à un fax du 17 novembre 2009 de l'assureur acceptant la garantie de prise en charge des frais d'hospitalisation en division demi-privée dès le 19 novembre 2009, sous réserve d'une demande de restitution de la participation octroyée par l'assurance complémentaire HOSPITA demi-privée, il a modifié sa position dans un courrier du même jour. Il y a noté que l'assuré devait être hospitalisé, le 19 novembre 2009, soit à l'hôpital de La Tour soit aux HUG pour y être opéré par

le Dr G _____ et a constaté que la nature de l'intervention envisagée (maladie ou suite d'un événement accidentel) n'avait pas encore pu être clairement déterminée à ce jour tant par les médecins en charge de l'assuré que par son service médical. Cependant, afin que l'assuré puisse bénéficier des meilleurs soins médicaux, l'assureur a accepté d'octroyer une garantie de prise en charge des frais en division demi-privée, cette garantie se limitant à l'intervention dont il était question.

15. Le 24 novembre 2009, la curatrice a adressé un courrier à l'assureur, par lequel elle a déclaré que la situation avait été réglée provisoirement, mais qu'il y avait lieu de trouver une solution à moyen et long terme concernant la couverture des frais de l'assuré. La curatrice a rappelé que les Drs E _____, I _____ et F _____, neurochirurgiens, ont tous les trois déterminé que l'hydrocéphalie était d'origine malade, attendu qu'ils avaient coché la case « maladie » dans leurs formulaires, étant précisé que le Dr F _____ a indiqué, dans son certificat du 3 novembre 2009, que la cause de maladie était à privilégier pour le séjour et l'intervention relatifs à l'hydrocéphalie. Quant au Dr G _____, il n'avait pas été en mesure de fixer avec certitude la cause de l'hydrocéphalie. Partant, bien que le Dr H _____, ait conclu à une cause accidentelle de l'hydrocéphalie, les avis des médecins neurochirurgiens prévalaient. Ainsi, la curatrice estimait qu'il appartenait à l'assureur de prendre en charge les traitements liés à l'hydrocéphalie, de sorte qu'elle en sollicitait la confirmation par celui-ci.
16. Il ressort de la police d'assurance valable dès le 1^{er} janvier 2010 que l'assuré était couvert pour l'hospitalisation en division demi-privée et que le risque accidents était assuré.
17. La SWICA a mandaté le Prof. J _____, spécialiste FMH en neurochirurgie, pour effectuer une expertise médicale sur dossier. Dans son rapport du 4 juin 2010, l'expert a posé les diagnostics suivants : un état démentiel avec une hydrocéphalie quadriventriculaire à pression normale sur une probable malabsorption post-traumatique du LCR (liquide céphalo-rachidien), un status après un traumatisme crânio-cérébral avec une évacuation d'un hématome sous-dural chronique gauche et une épilepsie postopératoire en 1999, un status après un traumatisme crânio-cérébral avec des contusions hémorragiques multiples frontale supérieure droite, frontale antérieure droite et lenticulo-capsulaire gauche le 20 janvier 2009 ainsi que des status après plusieurs opérations, atteintes ou gestes médicaux. Il a retenu d'une part, que l'accident de 1999 devait être considéré comme léger à moyennement grave, au vu des complications intra-crâniennes potentiellement graves auquel il a conduit, et qu'il était à même de conduire à la formation d'un hygrome tel que celui diagnostiqué chez l'assuré en 2009. D'autre part, l'accident de 2009 était, d'après lui, moyennement grave à grave, car le CT cérébral montrait des foyers de contusion hémorragiques multiples et bilatéraux, lésions qui indiquaient la présence de blessures directes du parenchyme cérébral susceptibles de provoquer des déficits

neurologiques irrémédiables. L'addition de ces deux traumatismes crânio-cérébraux, accompagnés à chaque fois de sérieuses complications, pouvait, même avec 10 ans d'intervalle, conduire par elle-même à une évolution démentielle. Il a ainsi conclu que l'hématome sous-dural chronique opéré en 1999 et l'hygrome hémisphérique droit et l'hématome sous-dural chronique opérés en 2009 constituaient, sans discussion, des atteintes d'ordre traumatologique.

L'hydrocéphalie quadrivericulaire à pression normale traitée en mai 2009 par dérivation ventriculo-péritonéale devait également être considérée comme étant de manière prépondérante d'origine traumatique. En effet, l'hydrocéphalie est apparue dans les suites immédiates du traumatisme du 20 janvier 2009, alors même que le système ventriculaire était de morphologie normale. En outre, il partageait l'opinion de ses collègues neurologues qui rapportaient que le mécanisme le plus probable pour expliquer le développement de l'hydrocéphalie était une malrésorption du liquide cérébro-spinal, laquelle était secondaire à la présence de sang dans les espaces sous-arachnoïdiens et sous-duraux après l'accident et les opérations qui ont suivi. Une hydrocéphalie quadrivericulaire à pression normale, qu'elle soit d'origine traumatique ou autre, était un facteur contributif connu pour le développement d'un état démentiel. Les autres complications traitées au cours de l'année 2009 auprès du service de neurochirurgie des HUG (pneumocéphalie aiguë, crise d'épilepsie, méningite et dysfonction du shunt ventriculo-péritonéal) constituaient sans exception des événements secondaires liés directement au traitement initial du traumatisme crânio-cérébral de janvier 2009. Il a conclu qu'il existait une très haute vraisemblance que les troubles neurologiques développés après le 20 janvier 2009 résultaient de manière prépondérante, sinon exclusive, du traumatisme crânio-cérébral subi lors de l'accident de la voie publique et des complications qui y étaient liées, y compris l'hydrocéphalie à pression normale. De plus, même s'il était difficile de donner un pourcentage exact, il a évalué la part de responsabilité de l'accident du 20 janvier 2009 et de ses complications secondaires à plus de 90% dans le développement des troubles neurologiques apparus après l'accident. L'expert a notamment précisé que le rôle possible d'autres facteurs indépendants des deux accidents dans le développement des troubles neurologiques apparus après le mois de janvier 2009 était négligeable, soit inférieur à 5%.

18. Par pli du 15 juillet 2010 adressé aux HUG, l'assureur a constaté que pour tous les séjours de l'assuré dès le 25 février 2009, les avis d'hospitalisation portaient la mention « maladie », alors même que les hospitalisations découlaient des suites directes de l'accident dont il a été victime en date du 20 janvier 2009, cependant, l'assuré n'avait pas inclus le risque accident dans le cadre de son assurance complémentaire demi-privée. Partant, l'assureur a réclamé aux HUG la restitution des montants suivants versés à tort : 19'386 fr. 40 pour le séjour du 25 février au 10 mars 2009, 7'649 fr. 10 pour le séjour du 9 au 20 avril 2009, 16'048 fr. 05 pour le séjour du 19 mai au 3 juin 2009 et 11'275 fr. 40 pour le séjour du 12 juin au 6 juillet 2009 (total : 54'358 fr. 95). Par ailleurs, en ce qui concernait les factures de

8'326 fr. 80 pour le séjour du 2 au 7 avril 2009 et de 35'235 fr. 30 pour le séjour du 10 novembre 2009 au 7 janvier 2010, elles n'avaient pas encore été réglées.

19. En date 23 février 2011, les HUG ont déclaré renoncer à se prévaloir de la prescription jusqu'au 31 mars 2012 concernant les prétentions en restitution de l'assureur.
20. L'assuré est décédé le 24 février 2011.

Sa curatrice, puis tutrice dès le 19 mai 2010, est devenue la liquidatrice de la succession de feu l'assuré.
21. En date du 11 avril 2011, les HUG ont contesté devoir rembourser à l'assureur la somme de 54'358 fr. 95. En effet, l'assureur avait garanti les séjours sans aucune réserve ni limite et ne pouvait pas revenir rétroactivement sur une garantie qu'il avait donnée. En outre, dans la mesure où feu l'assuré était le destinataire de la prestation, il était également le débiteur de l'obligation de restituer, de sorte que les HUG n'avaient aucune obligation de rembourser cette somme.
22. Par courriers des 2 mars et 27 mai 2011, la liquidatrice a renoncé à invoquer la prescription jusqu'au 30 juin 2011.
23. Suite à une requête en conciliation déposée en date du 29 juin 2011 par l'assureur par devant le Tribunal civil à l'encontre des HUG et de l'hoirie de feu l'assuré (ci-après l'hoirie), le Tribunal civil a délivré à l'assureur l'autorisation de procéder en date du 28 septembre 2011.
24. Par courriel du 22 septembre 2011, l'assureur a indiqué à l'hoirie que d'après les informations résultant de son système informatique, le séjour de l'assuré en 1999 à la Clinique La Colline a été pris en charge à titre de maladie.
25. En date des 3 et 14 décembre 2011, les HUG ont envoyé à l'assureur six demandes de garantie d'hospitalisation de feu l'assuré en classe 2 (chambre à deux lits), hospitalisations qui ont débuté les 25 février, 2 avril, 9 avril, 19 mai, 12 juin 2009 et 10 novembre 2009. Il y est signalé que la nature des hospitalisations était « ACC » (accident).
26. En date des 15 et 16 décembre 2011, l'assureur a refusé de donner lesdites garanties, au motif que le risque accident n'était pas compris dans l'assurance complémentaire demi-privée.
27. Par acte du 16 décembre 2011, l'assureur a déposé une demande en paiement auprès de la Cour de céans, requérant principalement des HUG et subsidiairement de l'hoirie, le remboursement de la somme de 54'358 fr. 95, plus intérêts à 5% l'an dès le 29 juin 2011. Cette somme correspond aux frais de la part « chambre à deux lits » pour les séjours que feu l'assuré a effectués dans le service de neurologie des

HUG du 25 février au 6 juillet 2009 - hormis celui du 2 au 7 avril 2009 -, dont l'assureur s'est acquitté à tort au titre de l'assurance complémentaire d'hospitalisation HOSPITA demi-privée maladie.

Se fondant sur le rapport des HUG du 3 novembre 2009 et sur l'expertise du Prof. J_____ du 4 juin 2010, l'assureur soutient que lesdites hospitalisations sont dues de manière prépondérante, sinon exclusive, à l'accident de la voie publique du 20 janvier 2009. Or, les HUG ont indiqué de manière erronée, dans leurs demandes de garantie et leurs factures, que ces hospitalisations découlaient d'un cas de maladie. Partant, dans la mesure où feu l'assuré n'était pas au bénéfice, au vu de la police d'assurance du 21 octobre 2008 entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, d'une couverture accident complémentaire d'hospitalisation HOSPITA demi-privée, l'assureur aurait dû refuser la couverture de la prise en charge des hospitalisations dans une « chambre à deux lits ». Il en résultait que les HUG n'avaient pas respecté la convention conclue entre les HUG et l'assureur relative à la prise en charge et à la facturation des patients hospitalisés en division privée (chambre à un lit et chambre à deux lits) des HUG, de sorte que ceux-ci devaient restituer la somme de 54'358 fr. 95. Qui plus est, les HUG semblaient avoir récemment admis que les séjours de feu l'assuré concernaient les suites d'un accident, attendu qu'ils lui avaient adressé, en décembre 2011, de nouvelles demandes de garantie, lesquelles mentionnaient que la nature du séjour concernait un accident.

Si les HUG ne devaient pas être tenus à restitution, l'assureur fait valoir que feu l'assuré a reçu à tort des prestations au titre de l'assurance complémentaire d'hospitalisation HOSPITA demi-privée maladie, attendu qu'il n'était pas couvert pour le risque accident, de sorte que la restitution des prestations était demandée à l'hoirie à titre subsidiaire.

28. Par réponse du 10 janvier 2012, l'hoirie, représentée par sa liquidatrice, conclut au rejet de la demande en paiement, sous suite de dépens. Elle invoque tout d'abord que l'assurance complémentaire d'hospitalisation « HOSPITA demi-privée » couvrait le risque accident, attendu que les polices 2001 à 2008 ne précisent pas si la couverture comprend la maladie et/ ou l'accident. De plus, l'assureur a couvert les coûts de l'accident de 1999 en division semi-privée, de sorte que feu l'assuré pouvait comprendre qu'il était également couvert en 2009 pour l'accident en demi-privé, sans distinction du risque accident ou du risque maladie. Par ailleurs, elle soutient que la police d'assurance 2009 est nulle, attendu que l'assureur y avait ajouté unilatéralement que le risque accident n'était pas assuré dans le cadre de l'assurance « HOSPITA demi-privée » et que feu l'assuré n'avait pas accepté cette modification de la police. Enfin, feu l'assuré n'a jamais été d'accord de couvrir lui-même les frais d'hospitalisation en division semi-privée pour les accidents. Dès lors, il appartenait à l'assureur de couvrir les frais d'hospitalisation en division semi-privée jusqu'au 28 mai 2009 (cf. facture du 9 juin 2009 de 19'386 fr. 40). En

ce qui concerne la couverture des frais du 28 mai au 17 novembre 2009, la liquidatrice invoque, outre les arguments déjà développés, qu'au vu de sa nomination en qualité de curatrice le 28 mai 2009, puis de tutrice le 19 mai 2010, ce dont les HUG et l'assureur ont été informés, elle aurait dû donner son autorisation pour toutes les dépenses qui étaient engagées, toutefois, une telle autorisation n'a jamais été sollicitée. Partant, pour tous ces motifs, il appartient à l'assureur de couvrir les frais d'hospitalisation de feu l'assuré durant la période courant du 28 mai au 17 novembre 2009.

29. Par réponse du 2 février 2012, les HUG, représentés par un conseil, concluent, à la forme, à l'irrecevabilité de la demande en paiement de l'assureur en tant qu'elle est dirigée contre eux et au fond, au rejet de la demande, sous suite de dépens. Ils considèrent que la Cour de céans n'est pas compétente en raison de la matière pour juger du litige qui les oppose à l'assureur, attendu qu'il porte sur un droit propre des HUG à voir ses prestations payées directement par l'assureur, au vu de l'accord qui les lie à l'assureur et qui prévoit le système du tiers payant. C'était au Tribunal arbitral des assurances de trancher ce litige. Si la Cour de céans devait admettre sa compétence, les HUG font tout d'abord valoir qu'ils n'ont pas la légitimation passive. En effet, même si les prestations versées par l'assureur l'étaient de manière indues, ce qui était contesté, feu l'assuré était le destinataire de la prestation et donc également le débiteur de l'obligation de restituer, de sorte que les HUG n'avaient aucune obligation de rembourser cette somme. En tout état de cause, les HUG soutiennent que les atteintes neurologiques dont souffrait feu l'assuré étaient d'origine malade et requièrent, à cet égard, que le Dr E_____ soit entendu sur cette question et qu'une expertise judiciaire soit diligentée par un neurochirurgien indépendant. Ils estiment qui plus est que les polices d'assurance de feu l'assuré étaient ambiguës concernant la couverture des hospitalisations en division semi-privée en cas d'accident et s'en rapportent à justice pour ce qui était de l'étendue de cette couverture.
30. Dans sa réplique du 2 mars 2012, l'assureur maintient ses conclusions. Il estime que la compétence de la Cour de céans est donnée en tant que la demande est dirigée contre les HUG, dans la mesure où l'hoirie conteste l'absence de couverture. Il ne s'agissait dès lors pas seulement d'un droit propre des HUG. De plus, la compétence est donnée, attendu qu'elle est de toute façon établie en ce qui concerne feu l'assuré. En outre, les HUG disposent de la légitimation passive, car ils ont fait une erreur, ce d'autant plus qu'ils l'ont admise en lui envoyant des demandes de garantie pour les quatre séjours litigieux, en indiquant qu'ils concernaient les suites d'un accident. L'audition du Dr E_____ et une expertise judiciaire ne sont dès lors pas nécessaires. Par ailleurs, feu l'assuré n'était pas couvert pour le risque accident dans le cadre de l'hospitalisation en division semi-privée, attendu que les polices 1999 et 2009 l'excluent explicitement et que les polices de 2001 à 2008 ne font pas mention d'un supplément de prime pour l'inclusion du risque accident. L'assureur ajoute qu'il y a certes un changement de

forme entre la police de 2008 et celle de 2009, toutefois, les deux polices indiquent clairement que feu l'assuré n'est pas au bénéfice d'une couverture accident pour l'hospitalisation. Enfin, l'assureur estime que c'était aux HUG de requérir l'autorisation de la curatrice s'agissant de la prise en charge du dernier séjour litigieux du 12 juin au 6 juillet 2009. En effet, dès lors que les HUG avaient indiqué, conformément à la convention, qu'il s'agissait d'un cas de maladie, l'assureur n'avait pas à solliciter une telle autorisation. Pour le surplus, l'assureur soutient que dans la mesure où feu l'assuré a accepté, par déclaration du 25 février 2009, les tarifs pour l'hospitalisation des patients en chambre à deux lits, l'hoirie doit lui restituer le trop perçu.

31. Par duplique du 15 mars 2012, l'hoirie persiste dans ses conclusions. Elle conteste les conclusions de l'expertise du Prof. J_____, selon lesquelles l'hydrocéphalie est d'origine accidentelle, et soutient notamment qu'il y a lieu de se fonder sur les déclarations des Drs E_____, I_____ et F_____, qui déterminent que l'hydrocéphalie est d'origine malade. Elle prend acte qu'une expertise judiciaire est sollicitée par les HUG et appuie cette requête dans la mesure où ceux-ci en feront l'avance de frais. En ce qui concerne la couverture des frais d'hospitalisation jusqu'au 28 mai 2009, toutes les polices d'assurance de 2001 à 2008 précisent que l'assurance « HOSPITA demi-privée » « couvre les coûts en division demi-privée », sans autre indication, et notamment pas celle du « risque accident », de sorte que l'assureur doit couvrir le risque accident en demi-privé. De plus, la mention « accident non inclus » sous « HOSPITA 2 » a été unilatéralement ajoutée dans les polices 1999 et 2009 par l'assureur et n'a pas été acceptée par feu l'assuré. L'hoirie conteste également que feu l'assuré ait accepté, par déclaration, de payer lui-même les frais supplémentaires générés par l'hospitalisation en semi-privé, la quotité de ceux-ci ne lui ayant d'ailleurs jamais été précisée. Ainsi, même dans l'hypothèse où l'hydrocéphalie de feu l'assuré était d'origine accidentelle, l'assureur doit couvrir les frais d'hospitalisation en demi-privé jusqu'au 28 mai 2009. Pour ce qui est de la couverture des frais d'hospitalisation du 28 mai au 17 novembre 2009, la liquidatrice maintient son argumentation précédente.
32. Par acte du 29 mars 2012, les HUG persistent dans leurs conclusions du 2 février 2012. Tout d'abord, ils invoquent que le Tribunal arbitral est seul compétent pour juger d'une obligation propre aux HUG, quelle que soit sa nature. De plus, les HUG ne peuvent pas être attirés devant la Cour de céans du seul fait qu'elle est compétente pour connaître du litige entre l'assureur et feu l'assuré, dans la mesure où la consorité simple est exclue lorsque les causes relèvent de procédures différentes, ce qui était le cas en l'espèce, la procédure devant le Tribunal arbitral étant soumise à la LaLAMal et à la LPA et celle devant la Cour de céans au CPC. Par ailleurs, en ce qui concerne la légitimation passive des HUG, ceux-ci font valoir que feu l'assuré étant, même dans le système du tiers payant, le véritable bénéficiaire de la prestation, c'était à lui qu'incombait l'obligation de rembourser les prestations versées indûment. Cela était qui plus est prévu dans les conditions

générales de l'assureur. Enfin, les HUG persistent à requérir l'audition du Dr E_____ ainsi que la mise en œuvre d'une expertise judiciaire concernant la cause des atteintes, étant précisé que le Dr F_____ n'avait pas examiné feu l'assuré lors de l'hospitalisation du 25 février 2009 et ne disposait pas des mêmes informations que le Dr E_____. Ils ont précisé qu'en envoyant les nouvelles demandes de garantie en décembre 2011 à l'assureur, ils se sont contentés de parer à toute éventualité ; il ne s'agit pas d'un aveu que les hospitalisations seraient dues à un accident.

33. Sur requête de la Cour de céans, l'assureur produit, en date du 9 mai 2012, ses conditions générales d'assurance et conditions spéciales entre les années 1996 et 2005.
34. a) Une audience d'enquêtes s'est tenue en date du 19 juin 2012, lors de laquelle le Dr F_____ a été entendu et a produit deux images du scanner cérébral de feu l'assuré datées du 20 janvier 2009.

Il déclare qu'il était déjà dans le service de neurochirurgie le 20 janvier 2009 mais qu'il ne s'est pas occupé de feu le patient. Il l'a personnellement soigné à partir du 9 avril 2009. Il a à ce moment-là repris son dossier. Il souffrait d'hématomes sous-duraux post-traumatiques lors de son admission le 20 janvier 2009. En raison du scan pratiqué immédiatement, qui montrait ces hématomes et du lien temporel entre l'accident et le diagnostic, la première hospitalisation est sans aucun doute possible due à l'accident. Les examens ultérieurs ont montré une évolution des hématomes, qui apparaissaient déjà lors du scan du 20 janvier 2009, ce qui confirme la cause accidentelle de l'atteinte. L'hospitalisation du 25 février au 10 mars 2009 a également été due à l'évolution des hématomes consécutifs à l'accident. Il ne peut pas donner de détails sur les motifs de l'hospitalisation à ce moment-là, car il ne traitait pas feu le patient. L'hygrome bilatéral est une collection de vieux sang sous la calotte crânienne, qui est généralement d'origine post-traumatique. Que l'on ait affaire à un hygrome ou à un hématome sous-dural, s'il est petit et n'appuie pas sur le cerveau, on le laisse, sinon, il faut l'évacuer. Le 26 février 2009, l'opération effectuée par le Dr E_____ a consisté à évacuer un hygrome, mais feu le patient présentait déjà, en janvier 2009, une constellation similaire, qui n'avait pas besoin d'être opérée. Feu le patient a été admis à nouveau le 2 avril 2009, car il présentait des symptômes et les hématomes avaient grandi. Les médecins ont à nouveau évacué cette récurrence d'hématomes le 3 avril et feu le patient est ressorti le 7 avril, contre avis médical, car les médecins auraient préféré le garder encore un jour ou deux.

Feu le patient a été admis le 9 avril en urgence, il présentait des troubles de la marche, de l'instabilité, des chutes, des problèmes de mémoire et d'orientation, qui n'étaient pas présents lors de sa sortie le 7 avril. Les fonctions cognitives étaient altérées depuis le début des hospitalisations, mais les symptômes concernant la

marche étaient nouveaux. L'hydrocéphalie est une dilatation des ventricules du cerveau, qui apparaît déjà sur le scan du 20 janvier 2009, ce qui démontre que cette situation était antérieure à l'accident. La dilatation est alors assez modérée et l'hygrome ayant comprimé les ventricules, il serait possible, sans cet hygrome, que la dilatation soit plus large. Le Prof. J_____ affirme se fonder sur le rapport radiologique pour exclure une quelconque dilatation avant avril 2009, mais il est vraisemblable qu'il n'ait pas vu les images elles-mêmes. La dilatation présente en janvier 2009 déjà indique que l'hydrocéphalie est potentiellement causée par une maladie. La progression de cette hydrocéphalie a été confirmée par le scan du 9 avril 2009. Le dossier contient de plus le rapport d'un neurologue consulté préalablement et qui faisait état de troubles de la mémoire, qui étaient peut-être un des premiers symptômes de cette hydrocéphalie. Il n'est pas possible que les ventricules aient été dilatés deux jours seulement après l'accident du 20 janvier 2009, compte tenu du caractère moyennement grave de celui-ci. Par contre, cela pourrait être consécutif à l'accident de 1999, en raison de l'écoulement du temps, mais il s'agit d'une hypothèse seulement. L'hydrocéphalie peut être secondaire, lorsque le patient présente une histoire d'accident, de méningite, ou d'hémorragie intracérébrale, ou idiopathique, lorsqu'on ne retrouve pas une de ces causes. Il est quasiment impossible de faire le lien de cause à effet entre les événements précités et l'hydrocéphalie, notamment en raison du délai entre les deux. 70 à 80 % des hydrocéphalies à pression normale sont idiopathiques, 20 à 30 % sont secondaires, une partie d'entre elles à une maladie. Il n'est pas possible de déterminer si l'accélération de la progression de la maladie est en lien avec l'accident du 20 janvier 2009 et le médecin estime que les chiffres avancés par le Prof. J_____ sont trop tranchés. Lors de cette hospitalisation - dès le 9 avril 2009 -, les médecins n'ont pas procédé à la dérivation de l'hydrocéphalie, en raison de la présence de l'hygrome et d'un risque d'affaissement du cerveau. Feu l'assuré est sorti le 20 avril pour l'Hôpital des Trois-Chêne, mais a été hospitalisé à nouveau le 19 mai, en raison de l'aggravation des symptômes qui les ont conduits à procéder à la dérivation. Les suites de l'hydrocéphalie et de la dérivation ont été compliquées : infection, méningite et déhiscence du système de dérivation.

Il confirme être l'auteur du courrier du 3 novembre 2009 (pièce 13 demanderesse). Ce n'est pas lui qui a traité le patient du 20 janvier au 10 mars 2009, mais il confirme qu'à son avis, l'hospitalisation relevait des conséquences du traumatisme. Il en est de même du 2 au 7 avril 2009.

L'opération du 26 février 2009 a été faite par le Dr E_____ et celle du 2 ou 3 avril 2009 par le Dr I_____. Il a lui-même procédé à toutes les autres interventions à partir de celle du 25 mai 2009. Dans le cas de feu l'assuré, il ne peut pas se prononcer sur l'origine de l'hydrocéphalie, mais comme il l'a déjà dit, la dilatation des ventricules apparaissant au scan du 20 janvier 2009 démontre qu'elle est antérieure à l'accident. Il est probable que l'accident du 20 janvier 2009 ait

accélérala progression de la maladie, sans pouvoir affirmer que cette progression eût été différente sans accident.

L'hygrome peut aussi être dû à un kyste cérébral qui s'ouvre et forme une collection de liquide, voire apparaître sans kyste, mais la cause traumatique est nettement plus fréquente. Il n'est pas fréquent d'être en présence en même temps d'un hygrome et d'une hydrocéphalie, mais l'hygrome peut être secondaire au drainage de l'hydrocéphalie. Dans le cas de feu l'assuré, l'hygrome peut être lié au traumatisme du 20 janvier 2009, mais aussi à un vieil hématome sous-dural chronique spontané, par exemple en raison de l'âge. Dans ce cas-là, le sang se liquéfie avec le temps et à l'image, on ne peut pas le différencier d'un liquide qui proviendrait d'un hygrome. Tel est le cas du scan du 20 janvier 2009.

b/aa) Le 19 juin 2012 s'est également tenue une audience de comparution personnelle, lors de laquelle la représentante de l'assureur produit le rapport de radiologie du 26 janvier 2009, suite au scanner cérébral du 20 janvier 2009, dont il résulte que feu l'assuré a souffert, suite à un accident de la voie publique à scooter engendrant un traumatisme crânien latéral droit, de contusions hémorragiques et d'un hygrome sous-dural de la convexité à droite.

Par ailleurs, en 1999, feu l'assuré a été hospitalisé à la Clinique de la Colline du 27 août au 7 septembre 1999 pour un coût de 15'540 fr. 85, pris en charge par l'assureur au titre de la maladie. La représentante de l'assureur n'a plus d'autre document de l'époque, mais elle part de l'idée que la clinique a annoncé une maladie, car si elle avait mentionné un accident, l'assureur ne l'aurait pas pris en charge.

b/bb) La représentante des HUG indique que le formulaire de garantie adressé aux assurances est rempli par le service administratif sur la base des indications médicales sommaires données par le médecin.

b/cc) Le conseil de l'hoirie déclare que celle-ci n'est pas disposée à transiger, indépendamment de la détermination factuelle de la cause malade ou accidentelle des hospitalisations, d'une part, car elle est convaincue que feu l'assuré était couvert pour l'accident en demi-privé, l'assureur devant préciser l'exclusion le cas échéant et, d'autre part, car feu l'assuré, puis elle-même comme curatrice, auraient dû donner leur accord au coût engendré par l'hospitalisation en demi-privé à défaut de couverture d'assurance.

Madame AR_____ confirme que feu sa mère, son frère et elle-même avaient toujours été assurés en demi-privé pour la maladie et l'accident. Ils étaient convaincus que feu leur père l'était aussi, ce d'autant plus qu'en 1999, à la Colline, il était hospitalisé en demi-privé, dans une chambre à deux lits. Elle confirme également que la police 2009 (pièce 3 hoirie) a été retrouvée telle quelle dans les documents de feu son père et que c'est lui qui y a inscrit à la main « moins 2 % ».

Le conseil de l'hoirie souligne que pour 2010, elle avait expressément demandé que le risque accident soit assuré, mais elle a constaté que l'assureur avait unilatéralement supprimé des prestations de la police qui lui a été envoyée (pièce 8bis hoirie). La seconde police (pièce 8) a réintégré les deux postes supprimés. Il est toutefois exact que le risque accident était assuré dans les deux cas pour l'hospitalisation.

A cet égard, la représentante de l'assureur souligne que celui-ci n'a jamais modifié la police de feu l'assuré s'agissant de la couverture en demi-privé accident en cas d'hospitalisation.

b/dd) Suite à la requête de la représentante des HUG, la Cour de céans informe les parties que la question de la recevabilité de la demande en tant qu'elle est dirigée contre les HUG sera tranchée avant que l'instruction ne soit poursuivie.

35. Par acte du 22 juin 2012, l'hoirie requiert l'appel en cause des HUG, dans l'hypothèse où la Cour de céans devait déclarer irrecevable la demande dirigée contre les HUG. Par ailleurs, si la Cour de céans devait admettre la demande en paiement de l'assureur à l'encontre de l'hoirie, celle-ci conclut également subsidiairement à la condamnation des HUG à lui rembourser la somme qu'elle devrait verser à l'assureur, sous suite de dépens, soutenant que les règles sur la bonne et fidèle exécution du contrat de mandat avaient été violées par les HUG.
36. En date du 29 juin 2012, les HUG informent la Cour de céans que feu l'assuré a été admis au sein du service des urgences des HUG le 20 janvier 2009, pour un cas d'accident, puis transféré le 21 janvier 2009 dans le service de neurochirurgie, pour le même accident, en division commune (classe 3).
37. Par courrier du 3 juillet 2012, l'hoirie indique que feu Madame CR_____, Madame AR_____ et Monsieur BR_____ ont tous toujours été assurés auprès de la HELSANA ASSURANCES SA et produit diverses polices d'assurance entre les années 2001 et 2012.
38. Par arrêt incident du 9 juillet 2012, la Cour de céans a déclaré la demande en paiement irrecevable en tant qu'elle est dirigée contre les HUG.
39. En date du 11 juillet 2012, l'assureur indique que les enfants de feu l'assuré ainsi que feu son épouse n'ont jamais été assurés auprès de lui. Il a transmis à la Cour de céans :
 - un avis d'entrée de feu l'assuré aux HUG daté du 23 janvier 2009, lequel met en évidence que la cause de l'hospitalisation dès le 20 janvier 2009, en classe 3, est un accident ;

- une notice téléphonique du 2 février 2009, qui atteste que feu l'assuré a déclaré à l'assureur qu'il avait eu un accident de scooter le 20 janvier 2009, qu'il ne se souvenait de rien, qu'il est sorti de l'hôpital le 30 janvier 2009 et qu'il avait une plaie au genou ;

- une facture établie par les HUG en date du 28 avril 2009 pour le séjour de l'assuré du 20 au 28 janvier 2009 au service des urgences, en 3^{ème} classe, mentionnant qu'il s'agissait d'un cas d'accident ;

- un extrait de son ancien système informatique Centris entre 1996 et 2008 concernant feu l'assuré et attestant que celui-ci ne disposait pas, selon l'assureur, d'une couverture d'accident dans le cadre de son assurance complémentaire d'hospitalisation.

40. En date du 10 août 2012, l'assureur a saisi le Tribunal arbitral des assurances d'une demande en paiement à l'encontre des HUG, identique à celle formulée par devant la Cour de céans, concluant préalablement à la suspension de la procédure.
41. Par ordonnance du 17 août 2012, le Tribunal arbitral des assurances a ainsi suspendu la procédure jusqu'à droit connu dans la présente procédure.
42. Par courrier du 6 septembre 2012, l'assureur transmet à la Cour de céans un rapport d'expertise complémentaire sur dossier établi en date du 27 août 2012 par le Prof. J _____, auquel il se réfère intégralement. Dans l'hypothèse où la Cour de céans ne devait pas se rallier aux conclusions de ce médecin, l'assureur requiert que d'éventuelles questions complémentaires lui soient adressées ou qu'une expertise soit mise en œuvre.

Dans son rapport complémentaire, le Prof. J _____ a constaté que sur les deux images du scanner cérébral du 20 janvier 2009 produites par le Dr F _____, en plus de la présence d'un petit hygrome frontal droit, les ventricules latéraux apparaissaient un peu agrandis, mais que les sillons de la convexité restaient bien délimités, c'est-à-dire non comprimés. Aucune lésion traumatique hémorragique fraîche n'était visible. Ces deux images n'étaient pas suffisantes, d'après lui, pour confirmer ou infirmer avec certitude le diagnostic d'hydrocéphalie, car le troisième ventricule n'y était pas visible. Il a expliqué qu'une dilatation des cornes temporales était d'occurrence fréquente avec l'âge et résultait plus souvent d'une atrophie cérébrale (ex vacuo) que d'une hydrocéphalie. Il a rappelé qu'à l'époque, aussi bien l'hygrome frontal que les ventricules latéraux légèrement agrandis n'avaient pas été jugés suffisamment pathologiques pour justifier une quelconque intervention neurochirurgicale, ce qui parlait aussi contre la présence d'un problème préexistant à l'accident du 20 janvier 2009. Pour une évaluation définitive, il sollicitait que l'assureur lui fasse parvenir une image qui montrerait le troisième ventricule. Il a précisé que même si une hydrocéphalie était déjà présente en janvier 2009, il fallait garder en mémoire que feu l'assuré avait déjà subi un

traumatisme crânio-cérébral sérieux 10 ans auparavant et qu'un tel événement pouvait expliquer la présence de ventricules latéraux un peu agrandis. Toutefois, même si une hydrocéphalie à pression normale d'apparition spontanée n'était pas exclue à 100%, il restait d'avis que la cause la plus probable des lésions traitées en 2009 étaient d'origine traumatique et résultait de manière prépondérante du second accident du 20 janvier 2009. Le Prof. J. _____ considérait ainsi que l'accident du 20 janvier 2009 était la cause partielle prépondérante, responsable à plus de 90% des troubles traités durant l'année 2009, et que l'accident de 1999 était la cause partielle possible à moins de 10% de ces mêmes troubles.

43. Par ordonnance du 10 septembre 2012, la Cour de céans a fixé un délai au 5 octobre 2012 à l'assureur et aux HUG pour se déterminer sur l'appel en cause déposé par l'hoirie et a réservé la suite de la procédure.
44. Dans leur réponse du 27 septembre 2012, les HUG concluent au rejet de la demande d'appel en cause formée par l'hoirie et à l'irrecevabilité des conclusions de l'hoirie dirigée à leur encontre, sous suite de frais et dépens. Ils soutiennent que la demande d'appel en cause éludait la règle impérative prévoyant que le Tribunal arbitral était compétent pour juger des litiges entre assureurs et fournisseurs de prestations. En outre, les prétentions en responsabilité contractuelle fondées sur le droit du mandat que faisait valoir l'hoirie n'étaient pas de la compétence de la Cour de céans, mais de celle du Tribunal de première instance. Une attraction de l'appel en cause au for de l'action principale était également exclue. Qui plus est, les HUG font valoir que leur exclusion de la procédure ne peut pas avoir pour effet de donner une seconde chance à l'hoirie de faire valoir par le biais de l'appel en cause des prétentions qui auraient dû faire l'objet d'une demande reconventionnelle en début de procédure. L'appel en cause était ainsi tardif. Enfin, l'appel en cause était inadmissible en procédure simplifiée, laquelle était applicable à la procédure de céans.
45. En date du 4 octobre 2012, l'assureur s'en remet à justice sur la recevabilité de l'appel en cause, en soulignant qu'il n'était pas admissible en procédure simplifiée.
46. Par acte du 15 octobre 2012, l'hoirie retire son appel en cause.

En revanche, tout en persistant dans ses conclusions principales tendant au rejet de la demande en paiement, elle dépose une demande reconventionnelle contre l'assureur, requérant le versement d'un montant de 110'787 fr. 30, sous suite de dépens. L'hoirie expose que dans la mesure où les HUG ont notifié deux commandements de payer aux hoirs en date du 29 mai 2012, pour un montant total de 110'787 fr. 30, correspondant aux factures d'hospitalisation en division demi-privée que la SWICA a refusé de payer, la demande reconventionnelle était recevable. Les factures portent sur les périodes d'hospitalisation suivantes : 25 février au 10 mars 2009, 2 au 7 avril 2009, 9 au 20 avril 2009, 19 mai au 3 juin

2009, 12 juin au 6 juillet 2009 et 10 novembre 2009 au 7 janvier 2010. En outre, l'hoirie sollicite qu'il lui soit donné acte de son accord de céder aux HUG tous les montants qui lui seraient versés par l'assureur, à l'exclusion des dépens.

En outre, elle dénonce l'instance aux HUG, afin que le résultat de la procédure de céans leur soit opposable et afin de juger en une seule procédure l'ensemble du litige l'opposant aux HUG et à l'assureur. Ainsi, dans l'hypothèse où l'hoirie devait être condamnée à payer ou à rembourser des frais d'hospitalisation en division demi-privée à l'assureur, elle conclut subsidiairement à la condamnation des HUG, en vertu des règles du mandat, à payer lesdits frais en ses lieu et place, avec suite de dépens.

Elle produit à l'appui de ses écritures :

- deux commandements de payer notifiés en date du 29 mai 2012 par les HUG aux hoirs, pour un montant total de 110'787 fr. 30 ;
- les déclarations d'opposition totale du 1^{er} juin 2012 des hoirs audits commandements de payer ;
- un courrier du 12 mars 2012 des HUG transmettant au conseil de l'hoirie ses différentes factures, portant sur la période courant du 25 février 2009 au 7 janvier 2010, qui lui avaient déjà été adressées directement en date du 22 décembre 2011.

47. Par mémoire après enquêtes du 20 novembre 2012, l'hoirie conclut en substance au rejet de la demande en paiement de l'assureur, à la condamnation de celui-ci à lui verser 110'787 fr. 30, avec intérêts à 5% dès le 22 janvier 2012, et dans l'hypothèse où la Cour de céans faisait droit aux conclusions de l'assureur, à la condamnation des HUG à lui reverser la somme qu'elle-même pourrait être condamnée à verser à l'assureur, sous suite de dépens.

Elle persiste tout d'abord à considérer que feu l'assuré était assuré en demi-privé tant pour la maladie que pour l'accident et que ni celui-ci ni ses représentants n'avaient donné leur accord pour payer des frais non couverts par son assurance. En tout état de cause, eu égard aux déclarations et aux rapports des médecins, en particulier à ceux du Dr F_____, l'hydrocéphalie, qui existait déjà lors de l'accident, a été causée par une maladie, de sorte que l'assureur devait payer toutes les factures d'hospitalisation, y compris celles dont le versement lui est réclamé par les HUG.

Si par impossible il était jugé que feu l'assuré n'était pas assuré en demi-privé pour les suites d'un accident et que son hydrocéphalie était d'origine accidentelle, l'hoirie requiert que les HUG soient condamnés à rembourser à l'assureur la somme de 54'358 fr. 95 réclamée par l'assureur. En effet, dans ce cas, les HUG auraient

communiqué un motif d'hospitalisation erroné, de sorte qu'ils doivent être tenus responsables des conséquences économiques de leur erreur.

L'hoirie produit à l'appui de ses écritures les différentes notes de frais et d'honoraires de son conseil.

48. Par écritures du 4 décembre 2012, l'assureur requiert le rejet de la demande reconventionnelle de l'hoirie, sous suite de dépens, et s'en remet à justice concernant la dénonciation d'instance aux HUG. Pour ce qui est en particulier de la demande reconventionnelle, l'assureur invoque qu'elle est tardive et donc irrecevable, attendu que les factures dont se prévaut l'hoirie étaient datées du 22 décembre 2011, de sorte qu'elle aurait pu et dû formuler sa demande dans sa réponse du 10 janvier 2012, dans sa duplique du 15 mars 2012 ou enfin au plus tard lors de l'audience du 19 juin 2012. Si la demande reconventionnelle ne devait pas être considérée comme tardive, l'assureur soutient qu'il n'avait quoi qu'il en soit pas à prendre en charge les séjours dès le 25 février 2012, lesquels se rapportaient aux suites d'un accident, motif pour lequel feu l'assuré n'était pas assuré au titre de l'assurance complémentaire. L'assureur souligne que sur les six factures dont l'hoirie requiert le versement par l'assureur, quatre ont été payées à tort au titre de la maladie et font l'objet de sa demande en restitution.

Par ailleurs, l'assureur persiste à solliciter de l'hoirie le remboursement de 54'358 fr. 95, avec intérêts à 5% l'an dès le 29 juin 2011, montant dont il s'est acquitté à tort pour les frais de l'hospitalisation de feu l'assuré entre le 25 février et le 6 juillet 2009 en « chambre à deux lits » au titre de l'assurance complémentaire d'hospitalisation HOSPITA demi-privée maladie. Il estime, en se fondant essentiellement sur les rapports du Prof. J. _____, que l'hospitalisation de feu l'assuré était due à l'accident du 20 janvier 2009. Si la Cour de céans devait ne pas se rallier à cette conclusion, l'assureur persiste à requérir que des questions complémentaires soient posées au Prof. J. _____ ou qu'une expertise soit mise en œuvre.

L'assureur produit à l'appui de ses écritures :

- six factures des HUG datées du 22 décembre 2011 adressées à son attention portant sur les frais d'hospitalisation de feu l'assuré entre le 15 février 2009 et le 7 janvier 2010, concernant l'assurance obligatoire des soins. Il est précisé que la nature de l'hospitalisation était un accident ;
- son courrier du 13 janvier 2012 aux HUG, par lequel il a pris note du fait que les factures étaient liées à un accident et leur a transmis le décompte des versements effectués en leur faveur ;
- une note de frais.

49. En date du 6 décembre 2012, les HUG concluent au rejet des conclusions de l'assureur à l'encontre de l'hoirie, mais ne souhaitent pas se prononcer sur les conclusions de l'hoirie, élevées à titre reconventionnel contre l'assureur. En revanche, ils sollicitent que les conclusions de l'hoirie dirigées contre eux, dans le cadre de la dénonciation d'instance, soient déclarées irrecevables.

Les HUG considèrent que les montants qui leur ont été versés par l'assureur étaient dus et qu'ils ne peuvent dès lors pas faire l'objet d'un remboursement et que les factures relatives aux hospitalisations du 2 au 7 avril 2009 et du 10 novembre 2009 au 7 janvier 2010 devaient également être prises en charge par l'assureur. Ils précisent que les commandements de payer notifiés à l'hoirie avaient pour unique objectif d'interrompre la prescription des droits des HUG envers celle-ci.

S'agissant de la dénonciation d'instance de l'hoirie, les HUG souhaitent intervenir à titre accessoire dans la procédure et requièrent le droit de participer à tout acte d'instruction. Ils signalent que la dénonciation d'instance permet uniquement à l'hoirie de leur opposer le jugement qui sera rendu et non pas de prendre des conclusions à leur encontre.

Concernant le fond du litige, les HUG sont d'avis que l'hydrocéphalie, dont souffrait feu l'assuré et pour laquelle il a été hospitalisé du 9 au 20 avril 2009, du 19 mai au 3 juin 2009 et du 12 juin au 6 juillet 2009, était due à la maladie, au vu des déclarations du Dr F_____ en audience. La position du Prof. J_____ ne pouvait pas être suivie, celui-ci n'ayant pas examiné les imageries médicales avant son premier rapport et expliquant dans son deuxième rapport - alors en présence des deux images produites par le Dr F_____ - ne pas pouvoir effectuer d'évaluation définitive sans une image montrant le troisième ventricule. Pour ce qui était de l'hospitalisation du 25 février au 10 mars 2009, les HUG estiment que seule une audition du Dr E_____, qui a opéré feu l'assuré durant cette période, permettrait de déterminer si elle est due à la maladie ou à l'accident, car le Dr F_____ a admis ne pas pouvoir donner de détails sur cette hospitalisation, attendu qu'il ne traitait pas feu l'assuré à ce moment-là.

Les HUG transmettent à la Cour de céans le time-sheet détaillé concernant l'activité déployée par leur conseil dans la procédure de céans.

50. En date du 11 décembre 2012, les dernières écritures ont été transmises aux parties et la Cour de céans les a informé que la cause était gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 2 ch. 2 des CGA pour les assurances complémentaires selon la LCA, édition 2009 (ci-après CGA 2009), applicables d'après la police

d'assurance valable dès le 1^{er} janvier 2009 et les conditions spéciales pour l'assurance complémentaire d'hospitalisation HOSPITA (CS HOSPITA), l'assurance en cause dans le présent litige est soumise à la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (LCA ; RS 221.229.1). Cela n'est pas contesté par les parties.

2. Étant rappelé que la demande principale a été déclarée irrecevable en tant qu'elle était dirigée à l'encontre des HUG par arrêt incident du 9 juillet 2012, il convient tout d'abord d'établir la compétence de la Cour de céans dans le litige opposant l'assureur aux hoirs, qui ont repris tous les droits et obligations de feu l'assuré, et qui ont dès lors, la capacité pour défendre.

a) En vertu de l'art. 32 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 (CPC ; RS 272), en cas de litige concernant les contrats conclus avec des consommateurs, le for est celui du domicile du défendeur lorsque l'action est intentée par le fournisseur (al. 1 let. b). Sont réputés contrats conclus avec des consommateurs les contrats portant sur une prestation de consommation courante destinée aux besoins personnels ou familiaux du consommateur et qui a été offerte par l'autre partie dans le cadre de son activité professionnelle ou commerciale (al. 2). Il sera précisé à cet égard que la doctrine considère que le contrat d'assurance est un contrat conclu avec un consommateur (HALDY, Code de procédure civile commenté, p. 71 n. 6 et 7 ad art. 32).

En l'occurrence, les hoirs étant tous deux domiciliés dans le canton de Genève, ce qui était également le cas de feu l'assuré, les tribunaux genevois sont compétents à raison du lieu pour connaître de la demande.

b) Conformément à l'art. 7 CPC et à l'art. 134 al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice 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 (LAMal; RS 832.10), relevant de la LCA.

L'art. 85 al. 1 de la loi fédérale sur la surveillance des entreprises d'assurance du 17 décembre 2004 (LSA ; RS 961.01) prévoit que le juge statue sur les contestations de droit privé qui s'élèvent entre les entreprises d'assurance ou entre celles-ci et les assurés.

La compétence à raison de la matière de la Cour de céans pour juger de la demande de l'assureur dirigée contre les hoirs est ainsi établie.

c) A raison de la forme, la demande en paiement, qui comporte un exposé des faits et des conclusions, respecte les conditions légales (art. 130 et 244 CPC).

d) De plus, la procédure simplifiée est applicable (art. 243 al. 2 let. f CPC) et la Cour de céans établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC).

3. En ce qui concerne le droit applicable, la LCA a subi des modifications. La nouvelle du 17 décembre 2004 (FF 2003 3353) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2006, respectivement le 1^{er} janvier 2007. 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, soit postérieurement au 1^{er} janvier 2006.

4. a) Le litige principal porte sur le droit de l'assureur de requérir de l'hoirie la restitution des frais d'hospitalisation de feu l'assuré en division semi-privée pour la période courant du 25 février au 6 juillet 2009 - hormis pour l'hospitalisation du 2 au 7 avril 2009 -, d'un montant total de 54'358 fr. 95.

b) L'hoirie a déposé en date du 15 octobre 2012 une demande reconventionnelle, sollicitant de l'assureur le versement d'une somme de 110'787 fr. 30, correspondant aux frais d'hospitalisation en division semi-privée pour toute la période courant du 25 février 2009 au 7 janvier 2010.

b/aa) D'après l'art. 14 al. 1 CPC, une demande reconventionnelle peut être formée au for de l'action principale lorsqu'elle est dans une relation de connexité avec la demande principale.

Conformément à l'art. 224 CPC, le défendeur peut déposer une demande reconventionnelle dans sa réponse si la prétention qu'il invoque est soumise à la même procédure que la demande principale (al. 1). Si une demande reconventionnelle est introduite, le tribunal fixe un délai au demandeur pour déposer une réponse écrite (al. 3 1^{ère} phrase).

L'art. 224 CPC est applicable à la procédure ordinaire ainsi que par analogie aux autres procédures, sauf disposition contraire de la loi (art. 219 CPC).

L'art. 245 CPC, s'appliquant à la procédure simplifiée, prévoit que si la demande n'est pas motivée, le tribunal la notifie au défendeur et cite les parties aux débats (al. 1). Si la demande est motivée, le tribunal fixe un délai au défendeur pour se prononcer par écrit (al. 2).

La possibilité de conclusions reconventionnelles existe aussi, eu égard à l'art. 219 CPC, en dehors de la procédure ordinaire, ce que montre d'ailleurs implicitement l'art. 224 al. 1 CPC. De telles conclusions sont en particulier courantes en procédure simplifiée. En outre, la demande reconventionnelle est incluse dans la réponse. Il n'y a donc pas lieu pour le défendeur de déposer une écriture séparée. En particulier, la demande reconventionnelle doit être formulée

par le défendeur dans ses déterminations écrites selon l'art. 245 al. 2 (TAPPY, Code de procédure civile commenté, p. 851 n. 8 et 12 ad art. 224 et p. 964 n. 11 ad art. 245).

b/bb) En l'occurrence, l'hoirie a pris pour la première fois des conclusions reconventionnelles dans ses écritures du 15 octobre 2012, soit postérieurement à sa réponse datée 10 janvier 2012, à sa duplique du 15 mars 2012, à l'audience du 19 juin 2012 et à ses écritures du 22 juin 2012, dans lesquelles elle a requis l'appel en cause des HUG.

Il est vrai que les HUG n'ont fait notifier des commandements de payer aux hoirs que durant le mois de mai 2012 concernant les frais d'hospitalisation en division semi-privée, soit ultérieurement notamment à la réponse et à la duplique de l'hoirie. Cependant, celle-ci connaissait les frais des diverses hospitalisations depuis le mois de décembre 2011 à tout le moins, puisque les diverses factures datées du 22 décembre 2011 et sur lesquels les HUG ont fondé leurs commandements de payer, ont été directement envoyés à son conseil. On ne voit dès lors pas ce qui aurait empêché l'hoirie de prendre des conclusions reconventionnelles d'entrée de cause, dans sa réponse à la demande en paiement formée par l'assureur. Il apparaît d'ailleurs que ce n'est que lorsqu'elle s'est rendu compte qu'il convenait de retirer son appel en cause voué à l'échec qu'elle a finalement déposé une demande reconventionnelle. De plus, il n'aurait pas été indifférent pour l'assureur ou encore pour la Cour de céans de connaître d'entrée de cause, ou à tout le moins avant l'audience d'enquêtes, les frais d'hospitalisation réclamés par l'hoirie, afin de poser des questions complémentaires au Dr F_____ ou de solliciter d'autres mesures probatoires relatives à ces frais.

Au vu de ces circonstances, la Cour de céans considère que la demande reconventionnelle de l'hoirie est tardive et partant, irrecevable.

c) Par ailleurs, suite au retrait par l'hoirie de son l'appel en cause des HUG, elle leur a dénoncé l'instance en date du 15 octobre 2012, prenant des conclusions à leur encontre, dans l'hypothèse où la Cour de céans ferait droit aux conclusions de l'assureur.

c/aa) En vertu de l'art. 78 al. 1 CPC, une partie peut dénoncer l'instance à un tiers lorsqu'elle estime, pour le cas où elle succomberait, qu'elle pourrait faire valoir des prétentions contre lui ou être l'objet de prétentions de sa part.

Le dénoncé peut intervenir sans autre condition en faveur de la partie qui a dénoncé l'instance (art. 79 al. 1 let. a CPC).

Les effets de la dénonciation sont identiques à ceux de l'intervention (cf. art. 80 CPC). D'après l'art. 77 CPC qui s'applique par analogie à la dénonciation d'instance (art. 80 CPC), un résultat défavorable à la partie principale est opposable

à l'intervenant, sauf dans les cas suivants : l'état du procès au moment de son intervention ou les actes ou omissions de la partie principale l'ont empêché de faire valoir des moyens d'agir et de défendre (let. a) ; la partie principale a omis, intentionnellement ou par grave négligence, de faire valoir des moyens d'agir ou de défendre que l'intervenant ne connaissait pas (let. b).

Dans le cadre de la dénonciation d'instance, il s'agit en fait pour la partie de dénoncer l'instance lorsqu'elle entend pouvoir opposer le jugement au dénoncé. A l'inverse, la partie peut aussi souhaiter opposer le jugement à un tiers, afin de se prémunir de prétentions de celui-ci. La dénonciation d'instance peut avoir lieu en tout temps (HALDY, Code de procédure civile commenté, p. 247ss n. 3 et 6 ad art. 78).

En ce qui concerne les effets de l'intervention ou de la dénonciation d'instance, le jugement qui sera rendu lie avec l'autorité de la chose jugée les parties principales, mais pas l'intervenant, qui n'a pas pris de conclusions principales au sujet desquelles le tribunal a statué ; l'intervenant accessoire pourra cependant être condamné aux frais (art. 106 al. 3) (op cit. p. 245 n. 3 ad art. 77).

c/bb) En l'espèce, dans la mesure où les HUG ont été écartés de la procédure de céans, la Cour de céans s'étant déclarée incompétente pour juger du litige les opposant à l'assureur, l'hoirie leur a dénoncé l'instance. En effet, dans le cas où elle succomberait, elle pourrait réclamer aux HUG les frais d'hospitalisation en division semi-privée de feu l'assuré. L'instance a ainsi été valablement dénoncée aux HUG, lesquels ont d'ailleurs dit souhaiter intervenir à titre accessoire et pouvoir participer à tout acte d'instruction entrepris.

En revanche, comme le font valoir à juste titre les HUG, attendu que les effets de la dénonciation d'instance ne concernent que l'opposabilité au dénoncé du jugement rendu entre les parties principales au procès, dans le cadre d'un procès subséquent par exemple, les conclusions directes prises par l'hoirie à leur encontre, dans l'hypothèse où elle succomberait, sont irrecevables.

Pour le surplus, il sera relevé que les exceptions de l'art. 77 CPC ne sont pas réalisées. En effet, même si la dénonciation d'instance n'a été faite que le 15 octobre 2012, force est de constater que les HUG ont pu faire valoir leur point de vue dès le début de la procédure.

d) En résumé, la question litigieuse est celle de savoir si c'est à juste titre que l'assureur sollicite de l'hoirie la restitution des frais d'hospitalisation de feu l'assuré en division semi-privée de 54'358 fr. 95 pour la période courant du 25 février au 6 juillet 2009.

5. Il convient tout d'abord d'examiner si les différentes hospitalisations de feu l'assuré durant cette période sont les conséquences d'une maladie ou d'un accident.

a) La jurisprudence applicable avant l'introduction du CPC, prévoyant l'application de la maxime inquisitoire sociale aux litiges relevant de l'assurance-maladie complémentaire (cf. ATF 127 III 421 consid. 2), reste pleinement valable. Selon cette maxime, 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. Le juge 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).

Par ailleurs, la maxime inquisitoire laisse le juge libre dans sa manière d'apprécier les preuves et ne lui interdit pas de renoncer à un moyen de preuve par appréciation anticipée (ATF 129 III 18 consid. 2.6). Au surplus, la maxime inquisitoire sociale ne modifie pas la répartition du fardeau de la preuve (ATF non publié 4C.185/2003 du 14 octobre 2003, consid. 2.1). Pour toutes les prétentions fondées sur le droit civil fédéral, l'art. 8 CC, en l'absence de règles contraires, répartit le fardeau de la preuve et détermine, sur cette base, laquelle des parties doit assumer les conséquences de l'échec de la preuve (ATF 130 III 321 consid. 3.1).

b) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte (ATF 122 V 158 consid. 1b).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c).

Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est

généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

c) Si le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, est convaincu que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d).

6. a) En l'espèce, l'assureur réclame la restitution des frais d'hospitalisation en division semi-privée qu'il a versés, se fondant essentiellement sur les rapports du Prof. J_____, lequel a considéré que les hospitalisations étaient toutes en lien avec l'accident du 20 janvier 2009.

Le rapport d'expertise du Prof. J_____ du 4 juin 2010 repose sur le dossier médical de feu l'assuré - hormis les imageries médicales du 20 janvier 2009 -, sur des appréciations médicales se fondant sur un examen de celui-ci ainsi que sur une anamnèse médicale et met en exergue les différents diagnostics. Certes le médecin explique qu'en 2009, le CT cérébral montrait des foyers de contusion hémorragiques multiples et bilatéraux, lésions qui indiquaient la présence de blessures directes du parenchyme cérébral susceptibles de provoquer des déficits neurologiques irrémédiables, de sorte qu'on comprend la raison pour laquelle il retient que l'hygrome hémisphérique droit et l'hématome sous-dural chronique évacués en 2009 constituaient des atteintes d'ordre traumatologique. Cependant, il n'est pas suffisamment motivé pour qu'on puisse déterminer, au degré de la vraisemblance prépondérante, si toutes les hospitalisations de l'année 2009 sont dues à l'accident du 20 janvier 2009. En effet, il n'explique notamment pas les raisons qui l'amènent à nier que l'hydrocéphalie puisse être d'origine malade, ce qui a été retenu par le Dr F_____. En outre, le seul fait que l'hydrocéphalie soit apparue dans les suites de l'accident ne permet pas encore de conclure à un lien de causalité entre l'événement et l'atteinte. On ne peut dès lors se fonder sur ce rapport du Prof. J_____ pour conclure à la nature accidentelle des différentes hospitalisations de l'année 2009.

Quant au rapport complémentaire de ce médecin du 27 août 2012, il n'est pas non plus susceptible de déterminer la nature des hospitalisations de feu l'assuré durant cette année-là. En effet, le Prof. J_____ remet tout d'abord en cause le

diagnostic d'hydrocéphalie qu'il a lui-même posé dans son premier rapport, en se fondant sur les imageries médicales produites par le Dr F_____ en audience, ce qui permet déjà de douter de ses précédentes conclusions. Il ajoute qu'il ne peut pas se prononcer sur la situation de manière définitive sans qu'il soit en possession des coupes de CT montrant le troisième ventricule, alors même qu'il conclut, comme dans son rapport initial, que toutes les hospitalisations sont dues, à 90%, à une cause accidentelle. Ses déclarations paraissent ainsi pour le moins contradictoires et ne sont ni limpides ni convenablement motivées. Il sera relevé, pour le surplus, que le fait que ce médecin ait indiqué qu'aucune lésion traumatique hémorragique fraîche ne soit visible sur les images datées du 20 janvier 2009 semblerait plutôt permettre de conclure que les hospitalisations sont dues à une maladie.

b) Il convient ainsi de savoir si les autres rapports présents au dossier et en particulier si les déclarations orales du Dr F_____ permettent de se prononcer valablement sur la nature des hospitalisations de l'année 2009.

Le médecin suscité a établi un rapport en date du 3 novembre 2009, puis a été entendu par la Cour de céans durant l'audience du 19 juin 2012, lors de laquelle il a confirmé ses premières déclarations, précisant ne s'être occupé personnellement de feu l'assuré que dès le 9 avril 2009. Il sépare clairement deux types d'affection.

Premièrement, il explique qu'en raison du scan pratiqué lors de son admission le 20 janvier 2009, qui montrait des hématomes sous-duraux et du lien temporel entre l'accident du même jour et ce diagnostic, la première hospitalisation - du 20 au 26 janvier 2009 - est sans aucun doute possible due à l'accident. Les examens ultérieurs ont mis en exergue une évolution des hématomes ce qui confirmait la cause accidentelle de l'atteinte. Il indique que l'hospitalisation du 25 février au 10 mars 2009 est également due à l'évolution des hématomes consécutifs à l'accident, étant précisé qu'il ne peut pas donner de détails sur les motifs de l'hospitalisation à ce moment-là, car il ne traitait pas feu l'assuré. Il explicite également ce qu'est un hygrome, lequel est généralement d'ordre post-traumatique et qu'il convient d'évacuer l'hygrome ou l'hématome sous-dural s'il grandit et appuie sur le cerveau et qu'une telle évacuation a eu lieu tant le 26 février 2009 que le 3 avril 2009 - durant l'hospitalisation du 2 au 7 avril 2009. A la fin de l'audience, le Dr F_____ atteste, de manière générale, du fait que l'hygrome peut également être dû à un kyste cérébral qui s'ouvre et forme une collection de liquide, voire apparaître sans kyste, mais que la cause traumatique est nettement plus fréquente.

Deuxièmement, en ce qui concerne les hospitalisations dès le 9 avril 2009, ce médecin établit qu'elles étaient dues à l'hydrocéphalie et à ses suites. Il s'agissait d'une dilatation des ventricules du cerveau, laquelle apparaissait déjà sur le scan du 20 janvier 2009, ce qui démontre, d'après le Dr F_____, que cette situation

était antérieure à l'accident et ainsi potentiellement causée par une maladie. La progression de cette hydrocéphalie a été confirmée par le scan du 9 avril 2009. Au dossier se trouvait également un rapport d'un neurologue consulté préalablement et qui faisait état de troubles de la mémoire, qui étaient peut-être un des premiers symptômes de cette hydrocéphalie. Par ailleurs, il n'est pas possible, d'après ce médecin, que les ventricules soient dilatés deux jours seulement après l'accident du 20 janvier 2009, compte tenu du caractère moyennement grave de celui-ci. Par contre, cela pourrait être consécutif à l'accident de 1999, en raison de l'écoulement du temps, mais il s'agissait seulement d'une hypothèse. L'hydrocéphalie pouvait enfin être secondaire, lorsque le patient présentait une histoire d'accident, de méningite, ou d'hémorragie intracérébrale, ou idiopathique, lorsqu'on ne retrouvait pas une de ces causes. Le médecin estime qu'il était toutefois quasiment impossible de faire le lien de cause à effet entre les événements précités et l'hydrocéphalie, notamment en raison du délai entre les deux. 70 à 80 % des hydrocéphalies à pression normale sont idiopathiques, 20 à 30 % sont secondaires, une partie d'entre elles à une maladie. Eu égard à ce qui précède, le Dr F _____ considère ainsi qu'il n'est pas possible de déterminer si l'accélération de la progression de la maladie est en lien avec l'accident du 20 janvier 2009. Il atteste enfin que lors de l'hospitalisation du 9 au 20 avril 2009, ils n'ont pas procédé à la dérivation de l'hydrocéphalie, en raison de la présence de l'hygrome et d'un risque d'affaissement du cerveau, mais lors de la nouvelle aggravation des symptômes lors de l'hospitalisation le 19 mai 2009, ils ont dû y procéder. Les suites de l'hydrocéphalie et de la dérivation ont été compliquées : infection, méningite et déhiscence du système de dérivation.

Il sera relevé que certes le Dr F _____ n'a traité feu l'assuré que dès le 9 avril 2009, cependant, ce médecin spécialiste en neurochirurgie explique de manière claire et circonstanciée les raisons pour lesquelles les hospitalisations du 20 janvier au 7 avril 2009 sont dues à l'accident du 20 janvier 2009, qui a entraîné un hématome sous-dural et un hygrome, alors que celles dès le 9 avril 2009 sont, au degré de la vraisemblance prépondérante prévue par la jurisprudence, la conséquence de l'hydrocéphalie, d'origine malade, et de ses suites. En ce qui concerne cette dernière affection, le Dr F _____ a établi que sa cause la plus probable était malade et a justifié l'exclusion des autres causes possibles. Par ailleurs, les constatations motivées du Prof. J _____ concernant l'hygrome hémisphérique et l'hématome sous-dural vont également dans le même sens que celles du Dr F _____. Qui plus est, le fait que feu l'assuré ait déjà souffert d'un hématome sous-dural suite à l'accident du 4 juillet 1999 et opéré le 28 août 1999, confirme que les hospitalisations de celui-ci en 2009 dues à la même cause, sont également d'origine accidentelle comme retenu par le Dr F _____ ou le Prof. J _____. Au vu de ce qui précède, la Cour de céans considère que les déclarations du Dr F _____ sont motivées et convaincantes et qu'il n'y a dès lors pas lieu de poser des questions complémentaires au Prof. J _____ ou de

mettre en œuvre une expertise, comme requis par l'assureur, ou encore d'entendre le Dr E _____, comme sollicité par les HUG, étant précisé que ce médecin n'a notamment pas été convoqué lors de l'audience du 19 juin 2012, attendu qu'il était à la retraite (appréciation anticipée des preuves).

7. Dès lors, l'assureur ayant payé la totalité des frais d'hospitalisation de feu l'assuré pour les périodes courant du 9 au 20 avril, du 19 mai au 3 juin et du 12 juin au 6 juillet 2009 et ayant toujours admis que celui-ci a été assuré pour les frais d'hospitalisation en division semi-privée pour les cas de maladie, l'hoirie n'est pas tenue, eu égard aux éléments qui précèdent, de restituer les montants réclamés par l'assureur pour lesdites périodes - soit 7'649 fr. 10 pour le séjour du 9 au 20 avril 2009, 16'048 fr. 05 pour le séjour du 19 mai au 3 juin 2009 et 11'275 fr. 40 pour le séjour du 12 juin au 6 juillet 2009.

La demande de l'assureur sera dès lors rejetée dans cette mesure.

8. Reste ainsi à se prononcer sur la restitution des frais du séjour hospitalier en division semi-privée de feu l'assuré du 25 février au 10 mars 2009 - 19'386 fr. 40 -, séjour dû aux suites de l'accident du 20 janvier 2009. A cet égard, il y a lieu de déterminer si l'assurance complémentaire d'hospitalisation HOSPITA demi-privée conclue par feu l'assuré comprend le risque accident durant l'année 2009.

a) 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).

La LCA ne contient pas de règles d'interprétation des contrats. Comme elle renvoie au code des obligations pour tout ce qu'elle ne règle pas elle-même (art. 100 al. 1 LCA), la jurisprudence en matière de contrat est applicable. Il s'ensuit que, lorsqu'il s'agit de déterminer le contenu d'un contrat d'assurance et des conditions générales et/ou particulières qui en font partie intégrante, le juge doit, comme pour tout autre contrat, 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 du Code des obligations du 30 mars 1911, CO ; RS 220). 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. Lorsqu'un assureur, au moment de conclure, présente des conditions générales, il manifeste la volonté de s'engager selon les termes de ces conditions;

lorsqu'une volonté réelle concordante n'a pas été constatée, il faut se demander comment le destinataire de cette manifestation de volonté pouvait la comprendre de bonne foi (ATF 135 III 410 consid. 3.2 ; ATF 133 III 675 consid. 3.3). A cet égard, 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; ATF 122 III 118 consid. 2a).

b) En l'espèce, les diverses polices d'assurance de feu l'assuré présentes au dossier prévoient ce qui suit :

- la police d'assurance 1999 précise tant en ce qui concerne l'assurance obligatoire des soins que pour toutes les diverses assurances complémentaires si le risque accident est assuré ou non. En particulier, dans le cadre de l'assurance hospitalisation HOSPITA 2 couvrant les frais en division semi-privée, le risque accident n'est pas couvert ;

- les polices d'assurance 2001 et 2008 indiquent quant à elles que le risque accident est inclus dans l'assurance de base ainsi que dans les assurances complémentaires COMPLETA TOP et DENTA où il l'est effectivement. Sous les autres assurances complémentaires, et en particulier dans le cadre de l'assurance HOSPITA 2 ou demi-privée, il n'est pas fait mention si le risque accident est inclus ou non ;

- la police d'assurance 2009 précise pour toutes les assurances, hormis pour l'assurance COMPLETA PRAEVENTA (check up médicaux et mesures de prévention notamment), si le risque accident est assuré ou non. En particulier, ce risque accident n'est pas couvert dans l'assurance d'hospitalisation HOSPITA demi-privée.

Dans le cadre de la police d'assurance 2009, il est précisé que les CGA 2009 sont applicables.

Aux termes des CGA 2009, peuvent être assurées les conséquences économiques de la maladie, des accidents et/ou de la maternité selon les conditions spéciales respectives pour les assurances complémentaires selon la LCA (art. 3). Peuvent ainsi être assurés, les frais de soins engendrés par la maladie, les accidents et la maternité selon les assurances complémentaires (art. 4 let. a). De plus, les prestations que la SWICA a versées par erreur doivent être restituées par l'assuré sur injonction écrite (art. 28 1^{ère} phrase).

D'après les CS HOSPITA, en cas de traitement en milieu hospitalier dans les hôpitaux pour soins aigus, SWICA prend en charge, dans le cadre de l'assurance complémentaire d'hospitalisation HOSPITA, les frais de séjour, les frais de traitement et les frais annexes, en complément à l'assurance obligatoire des soins, qui ne sont pas pris en charge par cette dernière. En outre, d'autres prestations sont

accordées dans cette assurance complémentaire selon la classe d'assurance choisie (art. 1). Les prestations prévues par les CS HOSPITA sont notamment les suivantes : l'hospitalisation en cas de maladie (art. 7), les séjours en cliniques spécialisées et cliniques psychiatriques (art. 11), le risque maternité, lorsque le risque est assuré (art. 12) ou encore les cures thermales (art. 13), les séjours de convalescence (art. 14) et les soins à domicile (art. 15).

9. En l'occurrence, l'assureur fait valoir que l'assurance hospitalisation HOSPITA ne couvrirait pas, en 2009, les frais d'hospitalisation de feu l'assuré en division semi-privée découlant des suites d'un accident, alors que l'hoirie soutient le contraire.

a) La Cour de céans constate que la police d'assurance de feu l'assuré, valable durant l'année 1999, prévoit explicitement que le risque accident n'est pas assuré dans le cadre de l'assurance HOSPITA, étant relevé qu'il y est également mentionné si ce risque accident est couvert ou non pour toutes les autres assurances.

Dans les polices 2001 et 2008 qui sont produites par les parties, il est vrai, comme l'allègue l'hoirie, que sous la rubrique HOSPITA « demi-privée », il n'est rien mentionné, et notamment pas si l'accident est assuré ou non. Cependant, à la lecture de ces deux polices, on peut remarquer que la couverture accident est indiquée lorsqu'elle existait, soit dans l'assurance obligatoire des soins et dans les assurances COMPLETA TOP et DENTA et qu'il n'est rien mentionné pour les assurances complémentaires COMPLETA PRAEVENTA, OPTIMA et HOSPITA. En outre, si l'on compare la police 1999 avec celles des années 2001 et 2008, il en résulte que les couvertures semblent toutes être demeurées identiques, l'assuré n'ayant visiblement jamais requis de modifications, sauf pour ce qui est de l'ajout de l'assurance complémentaire COMPLETA PRAEVENTA, qui couvre les check-up médicaux, les vaccinations et les mesures de prévention de la santé selon la liste séparée. En effet, tant durant l'année 1999 que durant les années 2001 et 2008, feu l'assuré bénéficiait d'une couverture accident dans l'assurance obligatoire des soins ainsi que pour les assurances complémentaires COMPLETA (TOP) et DENTA. Pour ce qui est des assurances complémentaires où le risque accident n'était pas assuré durant l'année 1999, soit les assurances OPTIMA et HOSPITA, il convient de souligner que les polices d'assurances 2001 et 2008 ne mentionnent pas, sous lesdites assurances, si l'accident est assuré ou non.

Quant à la police 2009, elle précise à nouveau, comme celle de 1999, pour toutes les assurances, si le risque accident est assuré ou non. Les assurances complémentaires dans lesquelles le risque accident n'est pas assuré sont les mêmes qu'en 1999, soit les assurances complémentaires OPTIMA et HOSPITA.

b) Le fait qu'en 2001 et en 2008, les polices d'assurance soient muettes concernant la couverture du risque accident dans certaines assurances complémentaires, et en particulier dans l'assurance HOSPITA, ne permet toutefois pas encore de conclure,

comme le fait valoir l'hoirie, que le risque accident puisse être considéré comme assuré d'office, alors même qu'il ne l'était pas en 1999 et qu'il ne l'était pas non plus en 2009.

En effet, conformément aux CS HOSPITA 2009, tout comme dans les CS HOSPITA des années précédentes et produites par l'assureur, les prestations assurées sont les frais de traitement et d'hospitalisation en cas de maladie ainsi que notamment les séjours en cliniques spécialisées ou encore les séjours de convalescence, les cures thermales et les soins à domicile. Dans le cas de la maternité (art. 12 CS HOSPITA 2009), il y est précisé que lorsque ce risque est assuré, l'assureur paie les mêmes prestations qu'en cas de maladie, de sorte qu'il doit être expressément précisé, dans le cadre de la police d'assurance, si ce risque est couvert. Quant au risque accident, il n'est même pas mentionné dans les prestations couvertes par les CS HOSPITA. Ainsi, le fait que le risque accident ne soit pas explicitement indiqué comme assuré dans le cadre des polices d'assurance 2001 et 2008 ne saurait conduire à la conclusion qu'il est couvert, mais plutôt à son absence de couverture.

Les CGA 2009 et des années précédentes confirment également cette conclusion, attendu qu'il en résulte que les conséquences économiques de la maladie, des accidents ou de la maternité peuvent être couverts, et notamment les frais de soins engendrés par ces trois risques (art. 3 et 4 CGA 2009). Il s'agit ainsi, conformément à ces CGA, uniquement d'une possibilité de couverture, de sorte que si des prestations pour accident ne sont pas spécifiquement prévues dans les conditions spéciales, elles doivent expressément figurer sur la police d'assurance.

Partant, eu égard aux CGA et aux CS HOSPITA, en tant que les polices d'assurance 2001 à 2008 ne prévoient pas la couverture de l'accident dans le cadre de l'assurance HOSPITA, ce risque n'est pas assuré.

c) En outre, au vu de tout ce qui précède, il apparaît qu'il y a une continuité dans les différentes polices d'assurance de feu l'assuré entre les années 1999 et 2009 et que les CGA et les CS HOSPITA ne permettent pas à l'assuré d'être couvert pour le risque accident si celui-ci n'est pas mentionné sur la police d'assurance.

Il en découle qu'il n'y a manifestement pas eu de modification de contrat entre 2008 et 2009, mais uniquement une minime évolution formelle de la police d'assurance, dans la mesure où il est précisé, sur celle de 2009, que le risque accident n'est pas assuré dans l'assurance HOSPITA.

Au demeurant, l'hoirie ne produit aucun document qui permettrait de prouver que feu l'assuré aurait requis de l'assureur, après l'année 1999, que le risque accident soit également assuré.

La Cour de céans considère ainsi au vu des polices d'assurance concordantes et des CGA et CS HOSPITA, que feu l'assuré n'a jamais été assuré pour le risque accident dans le cadre de l'assurance d'hospitalisation HOSPITA en division semi-privée.

d) Le fait que l'assureur ait couvert, en 1999, les frais d'hospitalisation en division semi-privée suite à l'accident survenu le 4 juillet 1999, alors même que la police d'assurance 1999 excluait une telle couverture de manière explicite, ne permet pas à l'hoirie de requérir la couverture de tels frais durant l'année 2009, le risque accident n'ayant jamais été couvert depuis 1999.

e) L'hoirie invoque encore que feu l'assuré n'a pas accepté de couvrir lui-même les frais supplémentaires d'hospitalisation en division semi-privée et qu'il n'a pas eu connaissance du montant des frais supplémentaires à sa charge. Ce grief ne peut être que rejeté, dans la mesure où il porte sur les relations de feu l'assuré avec les HUG et non avec l'assureur.

f) Qui plus est, sur requête de la Cour de céans, l'hoirie a produit diverses polices d'assurance de Madame AR_____, de Monsieur BR_____ ainsi que de feu leur mère entre les années 2001 et 2012, lesquels étaient tous assurés auprès de la HELSANA ASSURANCES SA pour l'assurance obligatoire des soins ainsi que pour plusieurs assurances complémentaires, dont l'hospitalisation en division semi-privée comprenant la couverture accident. Eu égard à ces diverses polices, l'hoirie soutient que feu l'assuré était également assuré pour l'hospitalisation en division semi-privée pour le risque accident. Toutefois, l'hoirie ne saurait être suivie sur ce point, attendu qu'on ne peut pas déduire la couverture d'assurance choisie par feu l'assuré auprès de son assureur de polices d'assurance conclues par sa famille auprès d'un autre assureur.

g) Enfin, attendu que feu l'assuré était sous curatelle dès le 28 mai 2009 - la tutelle n'ayant été instituée qu'en mai 2010 -, les HUG et l'assureur auraient dû requérir, d'après l'hoirie, l'accord de la curatrice avant d'engager des frais.

A cet égard, d'une part, il n'est question ici que des frais d'hospitalisation du 25 février au 10 mars 2009, soit pour une période antérieure à la mise en place de la curatelle. D'autre part, la Cour de céans remarque que l'assureur n'a pas engagé de frais au contraire des HUG, mais uniquement couvert, à la place de feu l'assuré, les frais qui découlaient de son hospitalisation en division semi-privée, sur la base de la demande de garantie des HUG. De plus, il sera précisé que la curatelle - qui n'a pas d'influence sur la capacité civile de la personne concernée - instituée lorsqu'un individu est incapable de gérer lui-même ses biens ou de choisir un mandataire (art. 393 ch. 2 du Code civil suisse du 10 décembre 1908 ; RS 210) ne saurait servir à l'assister dans des circonstances personnelles ni à l'empêcher de faire de ses biens un usage déraisonnable (ATF 85 II 233).

La liquidatrice de la succession est d'ailleurs malvenue d'invoquer maintenant que l'assureur aurait dû requérir son accord pour couvrir certains frais, alors même qu'elle aurait pu, dès sa nomination en qualité de curatrice, éclaircir certains éléments, notamment la prise en charge hospitalière de feu l'assuré et ses couvertures d'assurance, attendu que celui-ci était hospitalisé lors de sa nomination.

L'argumentation de l'hoirie doit dès lors être écartée.

h) Par conséquent, la Cour de céans conclut que dans la mesure où feu l'assuré n'était pas assuré pour l'hospitalisation en division semi-privée durant l'année 2009 pour les suites d'un accident, ses frais d'hospitalisation du 25 février au 10 mars 2009 ont dès lors été pris en charge de manière indue par l'assureur, de sorte que l'hoirie est tenue à restitution (art. 28 CGA 2009).

La demande en paiement de l'assureur est ainsi bien fondée sur ce point et l'hoirie sera condamnée à verser à l'assureur la somme de 19'386 fr. 40.

10. L'assureur requiert également le versement d'intérêts moratoires.

a/aa) L'art. 41 al. 1 LCA dispose que la créance qui résulte du contrat est échue quatre semaines après le moment où l'assureur a reçu les renseignements de nature à lui permettre de se convaincre du bien-fondé de la prétention.

L'intérêt moratoire est fixé à 5% conformément aux art. 102 et 104 CO applicables par renvoi de l'art. 100 LCA. Conformément à l'art. 102 al. 1 CO, le débiteur d'une obligation exigible est mis en demeure par l'interpellation du créancier. L'interpellation doit décrire la prestation à effectuer de manière suffisamment précise pour que le débiteur puisse reconnaître ce que le créancier exige. Si la prestation est pécuniaire, le montant doit en principe être chiffré (ATF 129 III 535).

L'intérêt moratoire n'est dû que le jour suivant la réception de l'interpellation par débiteur - cas échéant le lendemain de la notification au débiteur de la demande en justice ou du commandement de payer (THEVENOZ, Commentaire romand du Code des obligations I, 2^{ème} édition, 2012, p. 817ss n. 9 ad art. 104 CO).

a/bb) Les CGA applicables en l'espèce ne prévoient pas de règles particulières à cet égard.

b) En l'occurrence, l'assureur sollicite des intérêts moratoires dès le dépôt de sa requête en conciliation par acte du 29 juin 2011. Cependant, la requête en conciliation ayant été reçue au plus tôt par l'hoirie en date du 6 septembre 2011, soit le lendemain de son envoi par le Tribunal civil en date du 5 septembre 2011, le montant de 19'386 fr. 40 porte intérêt à 5% dès le 7 septembre 2011.

11. Il convient enfin de statuer sur les dépens.

a) En vertu de l'art. 95 CPC, les frais comprennent les frais judiciaires (al. 1 let. a) et les dépens (al. 1 let. b), lesquels comprennent quant à eux les débours nécessaires (al. 3 let. a), le défraiement d'un représentant professionnel (al. 3 let. b) et lorsqu'une partie n'a pas de représentant professionnel, une indemnité équitable pour les démarches effectuées, dans les cas où cela se justifie (al. 3 let. c).

Les débours correspondent à des paiements effectifs qu'une partie a dû faire à d'autres que le tribunal ou un représentant professionnel en vue du procès, soit par exemple des frais de voyage, de téléphone, de port ou de copie (Message CPC 6905). Quant au défraiement d'un représentant professionnel, il s'agit essentiellement des frais d'avocat, mais également des honoraires dus à un autre représentant professionnel. Enfin, une indemnité équitable pour les démarches effectuées par une partie peut être allouée si la partie n'a pas eu de représentant professionnel et s'il s'agit d'un cas où cela se justifie, ce qui est le cas si les démarches liées au procès ont pris une certaine ampleur, dépassant les procédés administratifs courants que tout un chacun doit accomplir sans en être indemnisé. Il devrait être possible de tenir compte d'un choix de procéder sans représentant professionnel engendrant une économie à l'avantage de l'autre partie également. La référence à l'équité implique un pouvoir d'appréciation du juge (art. 4 CC), qui doit revenir essentiellement et de cas en cas à la juridiction chargée de statuer sur les frais (TAPPY, Code de procédure civile commenté, p. 349ss n. 23ss ad art. 95).

b) En l'espèce, l'assureur obtenant partiellement gain de cause, il est dès lors justifié que les frais de train d'un montant de 71 fr. 60 - montant qui ne saurait être contesté -, nécessaires pour qu'un représentant de l'assureur se rende à l'audience du 29 juin 2012 à Genève, lui soient remboursés.

En outre, attendu notamment que l'hoirie a formé un appel en cause, puis après un échange d'écritures, l'a retiré et a déposé en fin de procédure une demande reconventionnelle et une dénonciation d'instance, elle a engendré plusieurs échanges d'écritures et a ainsi contribué à allonger la procédure de céans. Il convient toutefois de tenir compte du fait que l'assureur, qui n'a pas mandaté de représentant professionnel, a assigné les HUG en paiement et a ainsi contraint la Cour de céans à rendre un arrêt sur incident sur sa compétence.

Au vu de ces éléments, l'hoirie sera condamnée à verser une indemnité équitable de 1'500 fr. à l'assureur pour les démarches effectuées et à lui rembourser ses frais de train de 71 fr. 60.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare la demande principale de la SWICA ASSURANCE-MALADIE SA dirigée contre l'hoirie, soit pour elle Madame AR_____ et Monsieur BR_____, recevable.
2. Déclare la demande reconventionnelle de l'hoirie, soit pour elle Madame AR_____ et Monsieur BR_____, dirigée contre la SWICA ASSURANCE-MALADIE SA irrecevable.
3. Déclare l'instance valablement dénoncée aux HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE par l'hoirie, soit pour elle Madame AR_____ et Monsieur BR_____.
4. Déclare les conclusions prises par l'hoirie, soit pour elle Madame AR_____ et Monsieur BR_____, à l'encontre des HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE sur dénonciation d'instance irrecevables.

Au fond :

5. Condamne l'hoirie, soit pour elle Madame AR_____ et Monsieur BR_____, à verser à la SWICA ASSURANCE-MALADIE SA la somme de 19'386 fr. 40, avec intérêts à 5% dès le 7 septembre 2011.
6. Condamne l'hoirie, soit pour elle Madame AR_____ et Monsieur BR_____, à verser à la SWICA ASSURANCE-MALADIE SA la somme de 1'571 fr. 60 à titre de dépens.
7. Déboute les parties de toutes autres conclusions.
8. Dit que la procédure est gratuite.
9. Conformément aux art. 72 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110), le présent arrêt peut être porté dans les trente jours qui suivent sa notification avec expédition complète (art. 100 al. 1 LTF) par devant le Tribunal fédéral par la voie du recours en matière civile (Tribunal fédéral suisse, avenue du Tribunal fédéral 29, 1000 Lausanne 14), sans égard à sa valeur litigieuse (art. 74 al. 2 let. b 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, invoqués comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Irène PONCET

Sabina MASCOTTO

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