

GE_GERICHTE ATAS/465/2018 vom 31. Mai 2018

GE Cour de justice, 2018-05-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_465_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/465/2018 du 31 mai 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/465/2018 del 31 maggio 2018

Regeste

Résumé: Les polices d'assurance qui couvrent, d'une part, la vie ou le décès, et, d'autre part, l'incapacité de gain, sont assimilables à des assurances combinées, car elles indiquent que les prestations en cas d'incapacité de gain sont « complémentaires » aux prestations en cas de vie ou de décès. En l'espèce, les polices litigieuses prévoient l'octroi d'une rente en cas d'incapacité de gain ininterrompue et non pas d'incapacité de travail passagère, de sorte qu'elles peuvent être assimilées à des prestations pour invalidité. Or, celle-ci n'est pas couverte par la LAMal, si bien qu'à défaut d'un lien matériel avec l'assurance-maladie sociale, les assurances en cause, soumises à la LCA, ne sauraient correspondre à une assurance complémentaire à la LAMal. En l'absence d'une assurance LCA complémentaire à l'assurance-maladie sociale, la Cour de céans n'est pas compétente pour statuer sur les conclusions du demandeur relevant de ces polices.

Erwägungen

E. 1

a. L'assuré a déposé une demande en paiement à l'encontre de BÂLOISE ASSURANCE SA et de BÂLOISE VIE SA, tendant au versement de prestations fondées sur trois polices d'assurance distinctes. Les prétentions découlant de la police de prévoyance liée n°2 _____ font l'objet d'un arrêt séparé, en la cause A/5104/2017, dans la mesure où elles sont soumises à des règles de procédure et de compétence différentes de celles auxquelles doivent répondre les prétentions relevant des polices nos 2 _____ et 3 _____. b. Il est pris acte du retrait de la demande à l'encontre de BÂLOISE ASSURANCE SA. c. Partant, il reste à examiner les prétentions du demandeur basées sur les polices d'assurance nos 2 _____ et 3 _____ vis-à-vis de BÂLOISE VIE SA.

E. 2

a. Conformément à l'art. 7 du code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 (CPC - RS 272) et à l'art. 134 al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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

A/2165/2017 - 6/18 - l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10), relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA – RS 221.229.1). b. Selon l'art. 1.1 let. a CGA/1989, les deux polices d'assurance ici en cause – qui prévoient l'octroi de prestations en cas d'incapacité de gain consécutive à une maladie ou un accident (art. 50 et 51 CGA/1989) – sont régies par la LCA. c. En vertu de l'art. 59 CPC, le tribunal n'entre en matière que sur les demandes qui satisfont aux conditions de recevabilité de l'action. Ces conditions, dont notamment celle de la

compétence du tribunal à raison de la matière et du lieu (art. 59 al. 2 let. b CPC), sont examinées d'office (art. 60 CPC). Le fait qu'il y ait eu ou non une objection en matière de compétence n'est pas déterminant. La compétence matérielle est régie en principe par le droit cantonal (art. 4 al. 1 CPC) et n'est pas à la disposition des parties. Ces dernières ne peuvent donc pas convenir de soumettre un litige à un autre tribunal étatique que celui défini par la loi, à moins que la loi prévoie qu'il y ait un choix (ATF 141 III 137 consid. 3.1 et 3.2 non publiés). d. En l'espèce, s'agissant de la compétence de la Cour de céans à raison du lieu, l'art. 18, 1ère phrase, CGA/1989 stipule que les contestations qui pourraient s'élever contre « BÂLOISE-VIE » à propos du contrat d'assurance doivent être portées devant les tribunaux réguliers de Bâle ou du domicile suisse du preneur d'assurance ou de l'ayant droit. Une telle élection de for est admissible en vertu de l'art. 17 CPC, auquel renvoie implicitement l'art. 46a LCA. Le demandeur, en sa qualité de preneur d'assurance, étant domicilié dans le canton de Genève, la Cour de céans est compétente à raison du lieu pour connaître de la demande. e. La compétence matérielle de la Cour de céans, quant à elle, dépend de la question de savoir si les prétentions du demandeur découlant des deux polices litigieuses constituent des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale. Cette question mérite un examen attentif.

E. 3

a. En vertu de l'art. 1a al. 1 LAMal, la LAMal régit l'assurance-maladie sociale qui comprend l'assurance obligatoire des soins, dont le catalogue de prestations – exhaustif – est énoncé aux art. 24 à 31 LAMal, et une assurance facultative d'indemnités journalières, dont les prestations sont décrites par les art. 72 à 74 LAMal. Le rapport d'assurance est soumis au droit public.

A/2165/2017 - 7/18 - b. Aux termes de l'art. 1a al. 2 LAMal, l'assurance-maladie sociale alloue des prestations en cas de maladie, d'accident (dans la mesure où aucune assurance-accidents n'en assume la prise en charge) et de maternité. Ces trois éventualités (maladie, accident et maternité) sont définies aux art. 3, respectivement 4 et 5 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA- RS 830.1), laquelle s'applique à l'assurance- maladie, à moins que la LAMal ou la loi du 26 septembre 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie (LSAMal - RS 832.12, entrée en vigueur le 1er janvier 2016) ne dérogent expressément à la LPGA (art. 1 LAMal). c. Les prestations prises en charge par l'assurance-maladie obligatoire comprennent les mesures diagnostiques et thérapeutiques, le séjour à l'hôpital ou dans une maison de naissance ou encore des mesures de prévention et de réadaptation (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY/Bettina KAHIL-WOLFF/Stéphanie PERRE- NOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, volume II, 2015, n. 19, p. 24). Quant à l'assurance d'indemnités journalières, bien qu'il s'agisse d'une protection facultative, elle est considérée comme faisant partie de l'assurance-maladie et simultanément comme une branche particulière de celle-ci (Message du Conseil fédéral concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991, FF 1992 I 77, p. 121 ; Pierre-Yves GREBER/ Bettina KAHIL-WOLF, Introduction au droit suisse de la sécurité sociale, in Cahiers genevois et romands de sécurité sociale, n. 37, 2006, p. 113). L'assurance d'une indemnité journalière est par définition destinée à fournir un revenu aux assurés momentanément incapables d'exercer l'activité déployée lors de la survenance d'un risque assuré (Bettina KAHIL-WOLF, La partie générale du droit des assurances sociales : colloque de Lausanne 2002, 2003, p. 116).

E. 4

a. L'art. 12 al. 2 LAMal – en vigueur jusqu'au 31 décembre 2015 – relève que les caisses-maladie ont le droit de pratiquer des assurances complémentaires en plus de l'assurance-maladie sociale. Les assurances complémentaires sont régies par la LCA (art. 12 al. 3 LAMal – en vigueur jusqu'au 31 décembre 2015), et sont donc soumises au droit privé. b. Les al. 2 et 3 de l'art. 12 LAMal ont été repris à l'art. 2 al. 2 LSAMal (cf. Message du Conseil fédéral relatif à la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie du 15 février 2012, FF 2012 1725, p. 1739), loi qui a été adoptée afin de protéger les intérêts des assurés conformément à la LAMal, en particulier par la garantie de la transparence de l'assurance-maladie sociale et de la solvabilité des caisses-maladie (art. 1 al. 2 LSAMal). c. Ni la LAMal, ni la LCA ne définissent la notion d'assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale, pas plus que le code de procédure civile du 19 décembre 2008 (CPC - RS 272) ou les travaux préparatoires de la LOJ (cf. projet de loi sur l'organisation judiciaire du 14 avril 2009 [PL 10462], ad art. 128, p. 84- 85).

A/2165/2017 - 8/18 - Cela dit, la notion d'assurances complémentaires selon l'art. 2 al. 2 LSAMal (anciennement : art. 12 al. 2 LAMal) ressort au droit fédéral (Jean-Baptiste RITTER, *Le contentieux de l'assurance-maladie privée en cas de perte de gain : droit fédéral et compétences cantonales*, in : *Colloques et journées d'étude - Lausanne : IRAL*, 2002, p. 764).

E. 5

En matière d'interprétation de dispositions légales, il faut, en premier lieu, se fonder sur la lettre de la disposition en cause (interprétation littérale). Si le texte de cette dernière n'est pas absolument clair, si plusieurs interprétations de celui-ci sont possibles, le juge recherchera la véritable portée de la norme en la dégagant de sa relation avec d'autres dispositions, de son contexte (interprétation systématique), du but poursuivi, singulièrement de l'intérêt protégé (interprétation téléologique), ainsi que de la volonté de son auteur telle qu'elle ressort notamment des travaux préparatoires (interprétation historique). Le sens que prend la disposition dans son contexte est également important (ATF 128 V 105 consid. 5). Le Tribunal fédéral utilise les diverses méthodes d'interprétation de manière pragmatique, sans établir entre elles un ordre de priorité hiérarchique (ATF 125 II 206 consid. 4a).

E. 6

Selon le Message du Conseil fédéral concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991, l'assurance sociale a pour but d'offrir un éventail complet de prestations (y compris l'essentiel des frais « hôteliers » d'une hospitalisation en division commune), tandis que l'assurance complémentaire, qui garantit des prestations analogues à celles que les caisses-maladie allouent au titre de l'assurance sociale, répond à des souhaits particuliers, tels que l'hospitalisation en chambre privée ou semi-privée (FF 1992 I 77, p. 122 et 127).

E. 7

a. D'après la doctrine, il y a lieu d'admettre que les assurances-maladie complémentaires le sont par rapport à l'assurance-maladie sociale – plus précisément à l'assurance obligatoire des soins – et qu'elles doivent permettre aux assurés de compléter, à la carte en quelque sorte, les prestations de cette assurance de base (Bernard VIRET, *Assurances-maladie complémentaires et loi sur le contrat d'assurance*, in : *LAMal-KVG, Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances*, 1997, p. 670). b. Compte tenu du caractère exhaustif des prestations qui sont allouées dans le cadre de l'assurance sociale, l'assurance complémentaire exclut toute prestation allouée dans le cadre de l'assurance

obligatoire de soins au sens de la LAMal (SJ 2001 209, 217 consid. 5b). Une prestation d'assurance peut être qualifiée de complémentaire lorsqu'elle couvre un préjudice résultant directement de la réalisation du risque maladie. Il faut en outre que cette prestation constitue un « plus » ; il ne suffit pas qu'elle soit effectuée « en lieu et place » des prestations de la LAMal (Jean FONJALLAZ, Contentieux en matière d'assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale, in: Aspects de la sécurité sociale, 2001, 4, p. 31 ; Raymond SPIRA, Le nouveau régime de l'assurance-maladie complémentaire, in: Revue suisse d'assurances, Jg. 63, 1995, p. 198).

A/2165/2017 - 9/18 -

E. 8

a. Le Tribunal cantonal vaudois a considéré qu'une assurance est complémentaire à la LAMal lorsqu'il existe un lien matériel immédiat entre l'assurance en cause et l'assurance-maladie sociale ou, autrement dit, lorsqu'il y a vocation à compléter le catalogue des prestations assurées selon la LAMal, comme c'est le cas par exemple des contrats collectifs perte de gain (JdT 1999 III 106 consid. 4e et 4f). Cette juridiction a considéré qu'une assurance collective d'indemnités journalières en cas d'incapacité de travail due à une maladie qui avait fait l'objet d'un contrat, soumis à la LCA, conclu par un employeur auprès d'une compagnie d'assurance privée, constituait une assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale, dans la mesure où elle couvrait un risque identique – la maladie – et offrait des prestations de même nature que celles prévues aux art. 67 ss LAMal, peu importe qu'elle soit pratiquée par une compagnie d'assurances privée ou par une caisse-maladie (JdT 1999 III 106 consid. 4b et 4f). b. Le Tribunal fédéral est également d'avis que toute assurance d'indemnités journalières en cas de maladie, soumise à la LCA, doit être considérée comme une assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale (arrêts du Tribunal fédéral 4A_47/2012 du 12 mars 2012 consid. 2 ; 4A_118/2011 du 11 octobre 2011 consid. 1.3 et les références citées).

E. 9

a. La LAMal oppose l'assurance-maladie sociale à l'assurance complémentaire, d'une part, et aux autres branches d'assurance mentionnées à l'art. 2 al. 2 LSAMal, en vigueur depuis le 1er janvier 2016 (anciennement : art. 12 al. 2 LAMal) (cf. JdT 1999 III 106 consid. 4c), d'autre part. Selon la disposition précitée, les caisses-maladie ont le droit de pratiquer, en plus de l'assurance-maladie sociale, des assurances complémentaires. Elles peuvent également pratiquer d'autres branches d'assurance, régies par la LCA, aux conditions et dans les limites fixées par le Conseil fédéral. b. L'art. 14 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal – RS 832.102) – en vigueur jusqu'au 31 décembre 2015 – énumérait au titre d'autres branches d'assurance au sens de l'art. 12 al. 2 LAMal : une indemnité de décès de CHF 6'000.- au plus (let. a) ; une indemnité de décès par suite d'accident de CHF 6'000.- au plus (let. b) ; des indemnités d'invalidité par suite de maladie et d'accident d'au plus CHF 6'000.- chacune (let. c) ; une indemnité d'invalidité par suite de paralysie de CHF 70'000.- au plus (let. d). Aux termes de l'art. 1 de l'ordonnance sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale du 18 novembre 2015 (OSAMal - RS 832.121), en vigueur depuis le 1er janvier 2016, sont considérées comme autres branches d'assurance au sens de l'art. 2 al. 2 LSAMal : une indemnité de décès pour cause de maladie ou d'accident de CHF 6'000.- au plus (let. a) ou encore le maintien de l'assurance obligatoire des soins au sens de l'art. 7a de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (let.

b).

A/2165/2017 - 10/18 - Selon le Conseil fédéral, l'art. 1 OSAMal tire son origine de l'art. 14 OAMal. Il connaît toutefois des modifications d'ordre matériel ; en particulier, les let. c et d de cette disposition ne sont pas reprises, dans la mesure où ces branches d'assurance n'existent plus dans la pratique (Commentaire des dispositions de l'OSAMal, novembre 2015, p. 6). c. La doctrine n'est pas unanime quant à la question de savoir si les « autres branches d'assurance » désignées à l'art. 14 OAMal constituent des assurances complémentaires. Selon MAURER, tel est le cas. L'auteur estime qu'elles visent, à l'instar des assurances complémentaires, à compléter l'assurance-maladie sociale (Alfred MAURER, *Das neue Krankenversicherungsrecht*, 1996, p. 132). En revanche, EUGSTER, FONJALLAZ ou LEHNER sont d'un avis contraire (Gebhard EUGSTER, *Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)*, n. 6 ad art. 12 KVG; FONJALLAZ op cit., p. 31; Sara LEHNER, *Zum Begriff der « Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung » im Sinne der Schweizerischen ZPO*, in *Basler Juristische Mitteilungen*, 2010, p. 176, 185-186). d. L'opinion exprimée par ces derniers mérite d'être confirmée. En effet, la loi distingue expressément les deux types d'assurance, en spécifiant que les caisses-maladie peuvent pratiquer, outre les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale, les « autres branches » d'assurance, c'est-à-dire des assurances qui couvrent d'autres éventualités que la maladie. L'ordonnance d'application cite limitativement ces « autres branches » d'assurance, à savoir le décès et l'invalidité. Or, ces deux risques ne sont pas couverts par la LAMal. Dans son message concernant la révision de l'assurance-maladie, le Conseil fédéral opère effectivement la distinction entre les assurances complémentaires et les autres branches d'assurance. Il indique que, comme sous l'empire de l'ancien droit, les caisses-maladie pourront offrir des assurances complémentaires « et » garantir de modestes indemnités en capital. Il définit les premières comme garantissant des prestations analogues à celles que les caisses allouent au titre de l'assurance sociale et cite, à titre d'exemple, le séjour hospitalier en division privée ou semi-privée. Quant aux indemnités en capital que les caisses-maladie pourront continuer à garantir, il spécifie qu'il s'agit d'indemnités en cas de décès ou d'invalidité, dont le montant maximum est fixé par ses soins (FF 1992 I 77, p. 127-128). Partant, les assurances, soumises à la LCA, qui prévoient des prestations en cas de décès ou d'invalidité par suite de maladie ou d'accident, ne sauraient constituer des assurances complémentaires à la LAMal, à défaut d'un lien matériel avec l'assurance-maladie sociale. e. Le Tribunal des assurances sociales du canton de Zurich a déjà eu l'occasion de statuer qu'une assurance prévoyant un montant de CHF 30'000.- en cas d'invalidité

A/2165/2017 - 11/18 - ou de décès consécutif à une maladie ne correspond pas à une assurance complémentaire selon l'art. 12 al. 2, 1ère phrase, LAMal (actuellement : art. 2 al. 2 LSAMal), mais à une autre branche d'assurance selon l'art. 12 al. 2, 2ème phrase, LAMal. Il s'agit en particulier d'une assurance qui présente les mêmes caractéristiques que celle mentionnée à l'art.

E. 14

a. En l'occurrence, selon l'art. 55 let. a CGA/1989 (chapitre 6), les rentes et/ou la libération du paiement des primes sont accordées proportionnellement au degré de l'incapacité de gain pour autant que l'assuré subisse à cause de son incapacité de gain une perte de gain ou un autre préjudice pécuniaire équivalent. Si l'incapacité de gain est d'au moins 2/3, les prestations entières sont accordées. Une incapacité de gain de moins de 1/4 ne donne droit à

aucune prestation. L'incapacité de gain aux termes de l'art. 50 CGA/1989 existe lorsque, par suite de maladie – pouvant être constatée sur la base de signes objectifs médicaux – ou d'accident, l'assuré est hors d'état d'exercer sa profession ou toute autre activité conforme à sa position sociale, à ses connaissances et à ses aptitudes. L'art. 53 let. c CGA/1989 spécifie que les prestations en cas d'incapacité de gain sont dues à l'expiration du délai d'attente convenu dans le contrat. Le délai d'attente commence à courir lorsque survient une incapacité de gain ininterrompue. b. Force est de constater que la rente annuelle prévue en l'occurrence est subordonnée à l'existence d'une incapacité de gain ininterrompue et pas à une incapacité de travail passagère. Le degré d'incapacité de gain n'est pas calculé en fonction de l'activité habituelle de l'assuré, mais en fonction du marché du travail qui entre en considération pour lui selon les modalités prévues par les CGA/1989, à savoir une activité conforme à sa position sociale, à ses connaissances et à ses aptitudes. Le droit à une rente existe dans l'assurance-vieillesse et survivants, dans l'assurance-invalidité, dans la prévoyance professionnelle, dans l'assurance-accidents et dans l'assurance-militaire (cf. KIESER, op cit., n. 19 ad art. 15). Or, contrairement à ces assurances sociales, la LAMal ne prévoit pas l'octroi d'une rente pour cause de maladie, étant au demeurant relevé que même dans l'hypothèse où les caisses-maladie doivent fournir des prestations – à titre subsidiaire – en cas d'accident, celles-ci sont limitées au traitement médical, y compris les dommages matériels, les frais de voyage, de transport et de secours ainsi que l'assurance d'une indemnité journalière (art. 70 al. 2 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 [LAA – RS 832.20]) (cf. FF 1992 I 77, p. 128 ; Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 18 août 1976, FF 1976 III 143, p. 213). Ainsi, la protection de l'accident par l'assurance-maladie exclut l'allocation d'une rente, alors que cette prestation est prévue par l'assurance-accidents. Par conséquent, en application de la jurisprudence rendue en lien avec l'assurance d'indemnités journalières due à une maladie, les rentes d'incapacité de gain découlant des polices d'assurance en cause, soumises à la LCA, ne constituent pas des prestations complémentaires à l'assurance-maladie sociale. c. En outre, bien que les trois polices d'assurance soient distinctes, on observe que l'art. 66 CGA/1989 (chapitre 8) auquel renvoie la police d'assurance de prévoyance

A/2165/2017 - 17/18 - liée n°1_____, qui fait l'objet d'un arrêt séparé dans la procédure A/5104/2017 disjointe, spécifie entre parenthèses que l'invalidité équivaut à l'incapacité de gain. Ladite police se réfère, à l'instar des deux autres polices ici litigieuses, au chapitre 6 pour ce qui est de la définition de l'incapacité de gain et des modalités d'octroi des prestations (rentes et libération du paiement des primes). Vu ce renvoi, même si le terme « invalidité » n'apparaît pas dans le chapitre 6, il y a lieu de retenir que les rentes prévues, subordonnées à l'existence d'une incapacité de gain ininterrompue, c'est-à-dire durable, peuvent être assimilées à des prestations pour invalidité, ce d'autant plus que, dans son courrier du 23 février 2017, la défenderesse a spécifié que, pour calculer la perte de gain, elle a comparé le revenu de valide et le revenu d'invalidité. Or, l'invalidité n'est pas couverte par la LAMal, si bien qu'à défaut d'un lien matériel avec l'assurance-maladie sociale, les assurances en cause, soumises à la LCA, ne sauraient correspondre à une assurance complémentaire à la LAMal.

E. 15

Pour l'ensemble de ces motifs, en l'absence d'une assurance LCA complémentaire à l'assurance-maladie sociale, la Cour de céans ne peut que décliner sa compétence pour

statuer sur les conclusions du demandeur relevant des polices n°2_____ et 3_____.

E. 16

a. D'après l'art. 63 al. 1 CPC, si l'acte introductif d'instance retiré ou déclaré irrecevable pour cause d'incompétence est réintroduit dans le mois qui suit le retrait ou la déclaration d'irrecevabilité devant le tribunal ou l'autorité de conciliation compétent, l'instance est réputée introduite à la date du premier dépôt de l'acte. b. Le tribunal qui décline sa compétence à raison du lieu ou de la matière ne peut déléguer sa compétence et charger le juge compétent de statuer. La transmission d'office, bien qu'elle corresponde à la tendance moderne et qu'elle vaille devant les autorités de recours, n'a pas été voulue en première instance, compte tenu des charges supplémentaires qui en découleraient apparemment pour les tribunaux. Il n'y a pas de lacune du Code sur ce point mais un silence qualifié du législateur (François BOHNET, Code de procédure civile commenté, 2011, n. 28 et 29 ad art. 63, p. 207ss, et les références). Ce principe a été confirmé par le Tribunal fédéral (arrêt 4A_332/2015 du 10 février 2016 consid. 4.2).

E. 17

La demande sera dès lors déclarée irrecevable. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC).

A/2165/2017 - 18/18 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant conformément à l'art. 133 al. 2 LOJ

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.