RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1397/2021 **ATAS/66/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 1er février 2022

2ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée c/o EMS B_____SA, à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Olivia BERGER	demanderesse

contre

SOLIDA VERSICHERUNGEN AG, sise Saumackerstrasse 35, ZURICH, représentée par SOLIDA ASSURANCES SA	défenderesse

Siégeant : Blaise PAGAN, Président; Anny FAVRE et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** En octobre 2017, Helsana Assurances SA a établi à l'adresse de Monsieur C_____, pour son épouse au titre de "personne assurée", Madame A_____ (ci-après: l'assurée, l'intéressée ou la demanderesse), née en 1932, une "police d'assurance LAMal valable dès le 01.01.2018" ("nouvelle police 2018") et "[remplaçant] toutes les précédentes", fixant la prime mensuelle pour l'assurance obligatoire des soins, accidents inclus.

En parallèle, le même mois, Helsana Assurances complémentaires SA a émis une "police d'assurance LCA valable dès le 01.01.2018" ("nouvelle police 2018"), "[remplaçant] toutes les précédentes", la "personne assurée" étant l'intéressée, avec pour objet les "assurances complémentaires selon la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA)" suivantes : "COMPLETA Assurance complémentaire des soins pour prestations complètes", "HOSPITAL COMFORT CLASSICA Assurance complémentaire d'hospitalisation – Division privée, dans toute la Suisse", "CURA Assurance des soins de longue durée", ainsi que "PREVEA Assurance de capital consécutive à un accident" (ci-après: PREVEA), avec, pour cette dernière, une prime de CHF 20.30 et les mentions "Montant assuré: CHF 20'000.- en cas de décès, CHF 100'000.- en cas d'invalidité avec prestations consécutives à l'accident, selon norme LAA", puis, en écriture plus petite, "Helsana Assurances complémentaires SA en collaboration avec Solida Assurances SA" (raison sociale exacte: Solida Versicherungen AG; ci-après: l'assurance concernée ou la défenderesse), qui a son siège à Zurich, et enfin "Les conditions d'Assurance (CA 2015) de ce produit sont déterminantes".

À teneur des conditions d'assurance de PREVEA édictées par Helsana Assurances complémentaires SA (édition du 1er janvier 2015; ci-après: CA), l'assurance concernée, avec laquelle ladite assurance complémentaire avait conclu un "contrat de collaboration (contrat d'assurance collectif)" fournissait les prestations d'assurance à la personne assurée en tant qu'assureur collectif (introduction). Pour ce qui était des rapports d'assurance, la proposition d'assurance individuelle, la police, les dispositions d'assurance déterminantes et les dispositions de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA - RS 221.229.1) étaient à la base du contrat (art. 1). L'accident faisait l'objet d'une définition et d'énonciations (art. 3). S'agissant du capital-invalidité, concernant la question de savoir comment l'invalidité était déterminée, il était stipulé: "Si une invalidité probablement permanente du point de vue médical et théorique survient dans les cinq ans qui suivent un accident, [l'assurance concernée] verse le capital-invalidité calculé en fonction du degré d'invalidité, de la somme d'assurance convenue et de la variante de prestations choisie. Une éventuelle incapacité de gain ou incapacité de travail suite à cet événement n'est pas prise en compte" (art. 9). Concernant les ayants-droit, seule la personne assurée avait droit au capital-invalidité (art. 10, 1ère phr.). Était considérée comme

une invalidité complète la perte ou privation totale de l'usage des deux bras ou des deux mains, des deux jambes ou des deux pieds ou la perte simultanée d'une main ou d'un pied, la paralysie complète et la cécité complète. En cas d'invalidité partielle, la part de la somme d'assurance prévue en cas d'invalidité complète qui correspondait au taux d'invalidité était versée. Des pourcentages selon la partie du corps touchée étaient ensuite énoncés. Un préjudice esthétique durable sévère au corps humain suite à un accident, ne donnant pas droit au versement d'un capital-invalidité mais entraînant des difficultés d'intégration pour la personne assurée entraînait le remboursement d'une petite partie de la somme d'assurance. En cas de perte partielle ou de privation partielle de l'usage d'un membre ou organe, l'invalidité correspondrait à un taux d'invalidité inférieur, et la privation totale de l'usage de membres ou organes était assimilée à la perte. Pour les cas non prévus ci-dessus, le degré d'invalidité était fixé selon les mêmes directives que pour le calcul de l'atteinte à l'intégrité selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20) et l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), et les tableaux "Indemnité pour atteinte à l'intégrité- selon la LAA" publiés par la SUVA étaient notamment utilisés; au dernier paragraphe, il était précisé ce qui suit: "Le taux d'invalidité n'est fixé que sur la base de l'état présumé définitif de la personne assurée. Cinq ans après l'accident ou plus tard, [l'assurance concernée] peut toutefois ordonner la constatation définitive du degré d'invalidité. Le degré d'invalidité actuel à la date de la constatation est alors déterminé. Les modifications du degré d'invalidité survenant après cette constatation, à savoir même les rechutes et les séquelles tardives, ne sont pas prises en compte" (art. 11). Concernant "le mode de calcul de l'indemnité en cas d'invalidité supérieure à 25 %, il était, après un tableau portant sur la progression, indiqué ce qui suit: "Si, au moment de l'accident, la personne assurée a atteint l'âge de 70 ans, la prestation d'assurance pour une invalidité durable est déterminée sur la base du capital-invalidité assuré et versée sous la forme d'une rente viagère. Aucune progression n'était assurée. Cette rente est fixée définitivement. Elle est payable trimestriellement à l'avance". Pour CHF 1'000.- de capital-invalidité assuré, la rente annuelle s'élevait à CHF 100.- à 70 ans, CHF 125.- au-delà (art. 12). Lorsque des facteurs étrangers à l'accident influençaient le déroulement d'un accident assuré, l'assurance concernée payait uniquement une partie des prestations convenues, qui serait fixée sur la base d'une expertise médicale (art. 19, 2ème §, in initio).

b. Le 2 novembre 2018, l'assurée a accidentellement chuté dans son appartement.

Dans une déclaration d'accident signée le 18 novembre suivant, son mari a fait part de cet accident à Helsana Assurances SA, laquelle lui a répondu le 21 novembre 2018 qu'elle allait octroyer ses prestations selon la couverture d'assurance existante et lui a demandé le 8 janvier 2019 certains documents en lien avec PREVEA, ce à quoi l'époux de l'intéressée a donné une suite par courriel du 24 janvier 2019.

Par pli du 6 mars 2019, l'assurance concernée, à laquelle Helsana Assurances complémentaires SA avait transmis le dossier concernant PREVEA, a posé des questions au médecin traitant de l'assurée, puis, après réception de la réponse de celui-ci, a, par lettre du 11 avril 2019, refusé de payer des prestations de l'assurance PREVEA, au motif que les troubles actuels étaient dus à des facteurs étrangers à l'accident.

Le 6 mai 2019, le mari de l'intéressée, qui était médecin de profession, a établi une note décrivant les circonstances entourant ledit accident, faisant état d'une incapacité complète de son épouse et se plaignant du refus de l'assurance concernée d'indemniser cette dernière.

En dépit de plusieurs courriers de l'avocate de l'intéressée, l'assurance concernée n'a pas modifié sa position de refus.

B. **a.** Le 23 avril 2021, l'assurée a déposé, auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après: la chambre des assurances sociales ou la chambre de céans), une demande à l'encontre de l'assurance concernée, tendant, à titre principal, au paiement par celle-ci de dix montants de CHF 3'125.- chacun par trimestre depuis le 2 novembre 2018 et jusqu'au 1er mai 2021, avec intérêts, plus CHF 3'125.- trimestriellement dès le 2 mai 2021 et jusqu'au décès de la demanderesse, atteignant, après ajout d'un "taux de capitalisation pour une rente viagère immédiate pour une femme de 88 ans à un taux de 3,5 %" (6,5 %), une valeur litigieuse de CHF 109'375.-, à titre subsidiaire au paiement de la somme de CHF 100'000.- avec intérêts à 5 % l'an dès le 2 novembre 2018, le tout sous suite de frais et dépens.

Les montants de CHF 3'125.- correspondaient à la rente trimestrielle au vu d'une rente annuelle de CHF 12'500.- conformément à l'art. 12 des CA (CHF 125.- x 100, pour une assurée de plus de 70 ans au capital-invalidité de CHF 100'000.- [le montant annuel de CHF 125.- selon la table correspondant à un capital-invalidité de CHF 1'000.-]), dès l'accident de la demanderesse et jusqu'à son futur décès.

b. Par requête en déclinatoire du 17 juin 2021 signée par une seule personne non nommée, la défenderesse a conclu, principalement, à l'incompétence ratione materiae de la chambre des assurances sociales, au motif qu'il s'agissait d'un litige relatif à une assurance complémentaire à l'assurance-accidents soumise à la LCA, ainsi qu'au renvoi de la demanderesse au tribunal compétent.

c. Par écriture du 5 juillet 2021, l'intéressée a confirmé la compétence de la chambre de céans pour connaître de sa demande en paiement, PREVEA étant complémentaire à l'assurance obligatoire des soins selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10), en l'occurrence Helsana BASIS Standard, et non à l'assurance-accidents d'après la LAA.

d. Le 29 juillet 2021, l'intéressée ayant mis en doute le respect des formes de la requête de déclinatoire au regard de la présence d'un seul signataire pour la

défenderesse, a produit une "procuration interne" en faveur de celui-ci, émanant de deux titulaire de la signature collective à deux selon le registre du commerce du siège de l'assurance concernée, et a persisté dans sa conclusion d'incompétence ratione materiae.

e. Le 31 août 2021, la demanderesse a à nouveau contesté une telle incompétence de la chambre de céans.

f. Il est précisé que l'assurée a sollicité la tenue d'une audience de débats concernant le fond, mais y a renoncé concernant la question de la compétence, à l'instar de l'assurance concernée s'agissant de l'ensemble des questions litigieuses.

EN DROIT

1.

1.1 Conformément à l'art. 7 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 (CPC - RS 272), les cantons peuvent instituer un tribunal qui statue en tant qu'instance cantonale unique sur les litiges portant sur les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale selon la LAMal.

Le législateur genevois a fait usage de cette possibilité en prévoyant, à l'art. 134 al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), que la chambre des assurances sociales connaît en instance cantonale unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale – obligatoire – prévue par la LAMal, et relevant de la LCA.

Il est précisé ici que les litiges relatifs aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie ne sont pas soumis à la procédure de conciliation préalable de l'art. 197 CPC lorsque les cantons ont prévu une instance cantonale unique selon l'art. 7 CPC (ATF 138 III 558 consid. 4.5 et 4.6; ATAS/577/2011 du 31 mai 2011), étant précisé que le législateur genevois a fait usage de cette possibilité (art. 134 al. 1 let. c LOJ). En outre, la procédure simplifiée s'applique aux litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal (art. 243 al. 2 let. f CPC) et la chambre de céans établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC).

Par ailleurs, aux termes de l'art. 134 al. 2 LOJ, la chambre de céans connaît des recours contre les décisions du Tribunal administratif de première instance – compétent en première instance en vertu de l'art. 116 al. 2 LOJ – relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la LAA, et relevant de la LCA.

1.2 En l'occurrence, selon la police d'assurance et les CA, le contrat est régi par la LCA.

2.

2.1 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, dont notamment celle de la compétence du tribunal à raison de la matière et du lieu (art. 59 al. 2 let. b CPC), qui 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 (arrêt du Tribunal fédéral 4A_488/2014 du 20 février 2015 consid. 3.1 et 3.2 non publiés sous ATF 141 III 137).

2.2 En l'espèce, s'agissant de la compétence de la chambre de céans à raison du lieu – le for –, l'art. 32 des CA stipule que, pour les actions en relation avec le présent contrat d'assurance, sont compétents au choix soit les tribunaux du domicile suisse de la personne assurée, soit ceux du siège de l'assurance concernée pour les prestations en capital, soit ceux du siège d'Helsana pour les autres cas.

La demanderesse, en sa qualité de personne assurée, étant domiciliée dans le canton de Genève, la chambre des assurances sociales est compétente à raison du lieu pour connaître de la demande.

3. La compétence matérielle de la chambre de céans, quant à elle, dépend de la question de savoir si les prétentions de la demanderesse découlant de la police d'assurance litigieuses constituent une contestation relative aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale, au sens des art. 7 CPC et 134 al. 1 let. c LOJ.

Cette question mérite un examen attentif.

3.1

3.1.1 Conformément à l'art. 2 de la loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale du 26 septembre 2014 (loi sur la surveillance de l'assurance-maladie, LSAMal – RS 832.12), les caisses-maladie sont des personnes juridiques de droit privé ou public sans but lucratif qui pratiquent l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal (al. 1). Les caisses-maladie ont le droit de pratiquer, en plus de l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal, des assurances complémentaires; elles peuvent également pratiquer d'autres branches d'assurance, aux conditions et dans les limites fixées par le Conseil fédéral. Toutes ces assurances sont régies par la LCA (al. 2). Les caisses-maladie peuvent au surplus pratiquer l'assurance-accidents dans les limites prévues par l'art. 70 al. 2 LAA (al. 3). D'après ledit art. 70 al. 2 LAA, 2 les caisses-maladie peuvent pratiquer l'assurance du traitement médical, y compris les dommages matériels,

les frais de voyage, de transport et de secours ainsi que l'assurance d'une indemnité journalière. Elles sont tenues de passer un accord réglant leur collaboration avec l'assureur qui alloue les autres prestations d'assurance.

Selon l'art. 1 de l'ordonnance sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale du 18 novembre 2015 (ordonnance sur la surveillance de l'assurance-maladie, OSAMal – RS 832.121), sont considérés 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); le maintien de l'assurance obligatoire des soins au sens de l'art. 7a de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102; let. b).

La LSAMal et l'OSAMal sont entrées en vigueur le 1er janvier 2016, remplaçant, par leurs art. 2, respectivement 1, les art. 12 al. 2 et 3 LAMal et 14 OAMal, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2015 puis abrogés, et sont applicables ratione temporis étant donné que le contrat – ou police – d'assurance litigieux a été conclu après leur entrée en vigueur.

Il est relevé, s'agissant des versions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2015, qu'en vertu de l'art. 12 aLAMal, les caisses-maladie sont des personnes juridiques de droit privé ou public sans but lucratif qui gèrent principalement l'assurance-maladie sociale et qui sont reconnues par le Département fédéral de l'intérieur (département; al. 1). Les caisses-maladie ont le droit de pratiquer, en plus de l'assurance-maladie sociale au sens de la présente loi, des assurances complémentaires; elles peuvent également pratiquer d'autres branches d'assurance, aux conditions et dans les limites fixées par le Conseil fédéral (al. 2). Les assurances désignées à l'al. 2 sont régies par la LCA (al. 3).

À teneur de l'art. 14 aOAMal, étaient considérées comme autres branches d'assurance au sens de l'art. 12 al. 2 aLAMal: 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).

3.1.2 Sous les art. 12 aLAMal et 14 aOAMal, la loi distinguait expressément 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 citait limitativement ces « autres branches » d'assurance, à savoir le décès et l'invalidité. Or, ces deux risques n'étaient pas couverts par la LAMal (ATAS/465/2018 [de principe] du 31 mai 2018 consid. 9d et 14c). Dans son Message concernant la révision de l'assurance-maladie, le Conseil fédéral a effectivement opéré la distinction entre les assurances complémentaires et les autres branches d'assurance. Comme sous l'empire de l'ancien droit, les caisses-maladie pourraient offrir des assurances

complémentaires « et » garantir de modestes indemnités en capital. Les premières étaient définies comme garantissant des prestations analogues à celles que les caisses allouent au titre de l'assurance sociale, avant tout le séjour hospitalier en division privée ou semi-privée. Quant aux indemnités en capital que les caisses-maladie pourraient continuer à garantir, il s'agissait d'indemnités en cas de décès ou d'invalidité, dont le montant maximum était fixé par le Conseil fédéral (FF 1992 I 77 ss, p. 127-128).

De ce qui précède, la chambre des assurances sociales a, dans son arrêt – de principe – précité, conclu que les « autres branches » d'assurance désignées à l'art. 14 aOAMal ne constituent pas des assurances complémentaires (ATAS/465/2018 précité consid. 9c et d, suivant notamment l'avis de Sara LEHNER, Zum Begriff der « Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung » im Sinne der Schweizerischen ZPO, in Basler Juristische Mitteilungen [BJM] 2010, p. 176, 185 et 186; de la même opinion, Melanie KÖPFLI, in Basler Kommentar, Krankenversicherungsgesetz/Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, 2020, n. 39 ad art. 2 LSAMal ; d'un autre avis, entre autres, Gustavo SCARTAZZINI/Marc HÜRZELER, Bundessozialversicherungsrecht, 2012, p. 428).

3.1.3 Pour ce qui est de la question de savoir si une assurance est ou non une assurance complémentaire au sens de l'art. 12 al. 2 aLAMal, et toujours d'après la chambre de céans, 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 (ATAS/465/2018 précité consid. 9d; dans le même sens, arrêts du Tribunal des assurances sociales du canton de Zurich KK.2009.00018 du 24 juillet 2009 consid. 3 et KK.2005.00036 du 24 février 2006 consid. 2; aussi Sara LEHNER, op. Cit., p. 176 et 185 s.). La chambre de céans a rappelé qu'une assurance soumise à la LCA est considérée comme étant complémentaire à l'assurance-maladie sociale si elle couvre une prestation de soins qui n'est pas incluse dans le catalogue des soins prévu aux art. 24 à 31 LAMal, ou s'il s'agit d'une assurance (individuelle ou collective) d'indemnités journalières en cas d'incapacité de travail due à une maladie. Ce n'était pas le cas des rentes en cas d'incapacité de gain litigieuses dans le cas traité, découlant des polices d'assurance en cause et soumises à la LCA (ATAS/465/2018 précité consid. 13 et 14, qui s'est notamment, au consid. 10b, référé à l'arrêt du Tribunal des assurances sociales du canton de Zurich KK.2012.00031 du 30 octobre 2013 consid. 4.3).

Il sied de préciser ici que, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, les assurances d'indemnités journalières selon la LCA comptent parmi les assurances complémentaires au sens de l'art. 12 al. 2 LAMal (arrêts du Tribunal fédéral 4A_680/2014 du 29 avril 2015 consid. 2.1, 4A_47/2012 du 12 mars 2012 consid. 2 et 4A_118/2011 du 11 octobre 2011 consid. 1.3).

Le Tribunal des assurances sociales du canton de Zurich a décliné sa compétence pour statuer sur une demande ayant pour objet une police d'assurance-vie, qui prévoyait une rente annuelle d'un montant de CHF 30'000.- en cas d'incapacité de gain consécutive à une maladie ou un accident, payable après un délai d'attente de 720 jours. Il a constaté que, dans la mesure où l'assurance en cause n'a pas pour objet une indemnité journalière, mais une rente annuelle, la qualification d'assurance complémentaire au sens de l'art. 12 al. 2 aLAMal est exclue, au vu de la jurisprudence qui reconnaît le caractère d'assurance complémentaire à l'assurance d'indemnités journalières soumise à la LCA. Il a ajouté que la qualification d'assurance complémentaire à l'assurance facultative d'indemnités journalières selon les art. 67 ss LAMal était exclue pour l'assurance-vie en cause déjà au seul motif que celle-ci sevrait à couvrir la perte de gain. En effet, l'indemnisation de la perte de gain, par l'allocation d'une rente, est étrangère à la LAMal et fait l'objet d'autres assurances sociales, à savoir l'assurance-invalidité, l'assurance-accidents et la prévoyance professionnelle. Aussi le lien avec l'assurance-maladie sociale fait-il défaut (arrêt du Tribunal des assurances sociales du canton de Zurich KK.2012.00031 précité consid. 4.3).

Le Tribunal cantonal de Bâle-Campagne a retenu qu'une assurance pour accident unique prévoyant une prestation en capital en cas d'invalidité ne constitue pas une assurance complémentaire au sens de l'art. 12 al. 2 aLAMal. En effet, elle ne servirait pas à couvrir une perte de salaire mais une diminution prévisible de la capacité de travail et de gain pour toute la vie pour cause d'accident. Même si la prestation en cause correspondait à une rente capitalisée (ce qui peut demeurer indécis), elle ne se rapprocherait pas non plus de l'assurance-maladie sociale, une indemnité sous forme de rente étant étrangère à la LAMal et se rapprochant plutôt de l'objet d'autres assurances sociales, en particulier l'assurance-invalidité, l'assurances-accidents et la prévoyance professionnelle (arrêt du Tribunal cantonal de Bâle-Campagne 731 15 164 / 64 du 10 mars 2016 consid. 4, avec référence également à l'arrêt du Tribunal des assurances sociales du canton de Zurich KK.2012.00031 précité consid. 4.3).

Dans un sens similaire à ce qui précède, la chambre des assurances sociales a considéré qu'un des motifs principaux excluant de considérer que des rentes en cas d'incapacité de gain pourraient être assimilées à des indemnités journalières en cas d'incapacité de travail due à une maladie – et donc relever d'une assurance complémentaire à l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens des art. 67 ss LAMal – est que le risque d'incapacité de travail (art. 6 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 [LPGA - RS 830.1]) – condition de versement desdites indemnités journalières (art. 72 LAMal) –, d'une part, et le risque d'incapacité de gain (art. 7 LPGA) et d'invalidité (art. 8 LPGA) – pour les rentes en cas d'incapacité de gain –, d'autre part, constituent des risques différents, les prestations octroyées étant différentes selon qu'il s'agit de l'un ou de l'autre risque. L'élément déterminant pour

distinguer l'incapacité de travail de l'invalidité est la durée: la première s'apprécie en fonction de l'activité habituelle de l'assuré (incapacité professionnelle) alors que la deuxième suppose que l'assuré ait subi une incapacité de gain par rapport à n'importe quelle activité lucrative (marché du travail équilibré). L'incapacité de travail (art. 6 LPGA) donne lieu à des prestations à court terme (indemnités journalières, à savoir des prestations en espèces versées au jour le jour, qui procurent un revenu de remplacement à l'assuré empêché d'exercer sa profession), étant précisé que la référence, faite par l'art. 6 in fine LPGA, à l'activité de remplacement que l'assuré est supposé exercer après un certain laps de temps relève de l'obligation de diminuer le dommage. L'incapacité de gain (art. 7 LPGA) – et donc l'invalidité (art. 8 LPGA) –, quant à elle, donne lieu à des prestations à long terme (rentes, c'est-à-dire des prestations en espèces versées mensuellement; ATAS/465/2018 précité consid. 13c; Pierre-Yves GREBER/Bettina KAHIL-WOLFF/Ghislaine FRÉSARD-FELLAY/Romolo MOLO, Droit suisse de la sécurité sociale, Volume I, 2010, p. 122 à 124 et les références citées).

3.1.4 Les principes et considérants qui précèdent, énoncés en lien avec les art. 12 al. 2 et 3 aLAMal et 14 aOAMal, valent aussi pour les art. 2 al. 2 LSAMal ainsi que 1 OSAMal.

En effet, le contenu de l'art. 12 al. 2 et 3 aLAMal a été entièrement repris par celui de l'art. 2 al. 2 LSAMal (dans ce sens, notamment arrêt du Tribunal cantonal de Bâle-Campagne 731 15 164 / 64 précité consid. 3.3). En outre, selon le Conseil fédéral, l'art. 1 OSAMal tire son origine de l'art. 14 aOAMal. Il connaît toutefois des modifications d'ordre matériel ; en particulier, les let. c et d – qui concernent les indemnités d'invalidité – de cette ancienne disposition légale ne sont pas reprises, dans la mesure où ces branches d'assurance n'existent plus dans la pratique, et le maintien de l'assurance obligatoire des soins au sens de l'art. 7a OAMal est ajouté (Commentaire des dispositions de l'OSAMal, novembre 2015, p. 6). Désormais, sous l'art. 1 OSAMal entré en vigueur le 1er janvier 2016, les indemnités d'invalidité ne sont plus autorisées en tant qu'"autres assurances" et ne peuvent plus être proposée par les caisses-maladie (arrêt du Tribunal cantonal de Bâle-Campagne 731 15 164 / 64 précité consid. 3.3; Melanie KÖPFLI, op. cit., n. 38 ad art. 2 LSAMal), et c'est probablement la raison pour laquelle c'est la défenderesse, et non Helsana Assurances complémentaires SA, qui fournit les prestations selon la police d'assurance en cause.

3.2 En l'espèce, la défenderesse dénie la compétence de la chambre des assurances sociales comme instance cantonale unique au motif que le litige est relatif à une assurance destinée à couvrir le risque "accident" et dès lors complémentaire à l'assurance-accidents soumise à la LCA, alors que la demanderesse fait valoir qu'il s'agit d'une assurance complémentaire à l'assurance-maladie obligatoire, en l'occurrence Helsana BASIS Standard, au motif qu'elle ne travaille pas et n'est donc pas assurée obligatoirement selon la LAA (art. 1a al. 1 let. a LAA a

contrario), mais assurée facultativement contre le risque "accidents" en complément de l'assurance-maladie auprès d'Helsana conformément à l'art. 1 al. 2 let. b LAMal.

En faveur de la position de la défenderesse, il y aurait le cas échéant l'argument suivant : bien que l'assurance-accidents soit aussi réglée dans la LAMal et qu'une grande partie de la population est, de fait, assurée pour le risque accident par sa caisse-maladie, une telle couverture n'assure en soi pas le risque de la maladie mais comble l'absence de l'assurance-accidents; une assurance complémentaire à l'assurance-accidents est, par définition, destinée à couvrir un risque qui ne l'est pas par l'assurance-accidents (sic) et non par l'assurance-maladie, de sorte que l'on se trouverait en présence d'un litige en matière d'assurance complémentaire à l'assurance-accidents (décision du Tribunal cantonal fribourgeois 608 2013 57 du 23 avril 2013, invoquée par l'assurance concernée; aussi arrêt du Tribunal cantonal de Bâle-Campagne 731 15 164 / 64 précité consid. 4.2). Dans le sens de la thèse de la demanderesse, pourraient éventuellement être cités des auteurs de doctrine, en référence à l'art. 1a al. 2 LAMal en vertu duquel l'assurance-maladie sociale alloue des prestations en cas de maladie (art. 3 LPGA), d'accident (art. 4 LPGA), dans la mesure où aucune assurance-accidents n'en assume la prise en charge, ainsi que de maternité (art. 5 LPGA; Melanie KÖPFLI, op. cit., n. 26 s. ad art. 2 LSAMal; Sara LEHNER, op. cit., p. 185).

Quoi qu'il en soit, cette controverse ne nécessite pas d'être tranchée ici, une qualification du contrat d'assurance litigieux comme assurance complémentaire à l'assurance-maladie obligatoire devant en tout état de cause être niée pour les motifs qui suivent.

3.3 La rente "viagère" annuelle prévue en l'occurrence à l'art. 12 in fine des CA, à défaut d'un montant en capital, est subordonnée à l'existence d'une invalidité durable (art. 12 in fine des CA), probablement permanente du point de vue médical et théorique et survenant dans les cinq ans qui suivent un accident (art. 9 des CA; cf. aussi art. 11, dernier §, des CA).

Si la LPGA était applicable, une telle invalidité impliquerait nécessairement une incapacité de gain (art. 7 LPGA) ininterrompue et exclurait une incapacité de travail (art. 6 LPGA) passagère, l'art. 8 al. 1 LPGA disposant qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Si cette hypothèse s'appliquait ici, l'invalidité n'étant pas couverte par la LAMal, un lien matériel avec l'assurance-maladie sociale ferait défaut pour l'assurance en cause.

Dans le cas présent toutefois, l'invalidité au sens de la police d'assurance en cause, telle que définie à l'art. 11 des CA, ne correspond aucunement à celle de l'art. 8 LPGA, ni ne dépend d'une incapacité de travail et de gain, mais est fixée selon les propres critères de l'assurance ici en cause; en particulier, une diminution de la capacité de travailler ou d'exercer des tâches quotidiennes n'est pas expressément

exigée, même si l'on peut penser que la perte totale ou partielle de l'usage de membres ou organes est de nature à entraîner une telle diminution, seules étant évoquées, comme effet d'une telle perte, des difficultés d'intégration sociale en cas de préjudice esthétique.

Il en découle que l'invalidité au sens de la police d'assurance litigieuse et des CA est encore plus éloignée de l'incapacité de travail requise comme condition pour une assurance complémentaire à l'assurance facultative d'indemnités journalières selon les art. 67 ss LAMal que ne l'est l'invalidité au sens de l'art. 8 LPGA, le risque assuré étant très différent.

3.4 L'assurance soumise à la LCA qui est ici litigieuse ne couvre pas non plus une quelconque prestation de soins, qui ne serait pas incluse dans le catalogue des soins prévu aux art. 24 à 31 LAMal.

3.5 Enfin, conformément à la jurisprudence citée plus haut, le versement d'un capital ou d'une rente annuelle, si la personne assurée a – comme en l'occurrence – atteint l'âge de 70 ans, n'est pas prévu par la LAMal, ni ne saurait correspondre à une assurance complémentaire au sens des art. 2 al. 2 LSAMal ainsi que 1 OSAMal.

Dans ces conditions, un quelconque lien matériel entre l'assurance selon la LCA en cause et l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal fait défaut, ce qui exclut qu'il puisse d'agir d'une assurance complémentaire à l'assurance-maladie obligatoire.

Même si la thèse de la demanderesse en faveur d'une assurance complémentaire à l'assurance-maladie obligatoire au motif notamment qu'elle n'est pas assurée obligatoirement selon la LAA (art. 1a al. 1 let. a LAA a contrario), mais assurée facultativement contre le risque "accidents" en complément de l'assurance-maladie conformément à l'art. 1 al. 2 let. b LAMal, était suivie – ce qui, comme indiqué plus haut, peut demeurer indécis –, cela ne changerait rien au fait que, contrairement à d'autres assurances sociales, la LAMal ne prévoit pas l'octroi d'une rente, ni d'un capital.

Il est 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 LAA; cf. Message du Conseil fédéral concernant la révision de l'assurance-maladie, FF 1992 I 77 ss, 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 ss, p. 213; ATAS/465/2018 précité consid. 14b).

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 (ATAS/465/2018 précité consid. 14b). Cette exclusion vaut a fortiori pour un capital.

Par conséquent, les prestations prévues par l'assurance selon la LCA en cause ne constituent pas des prestations d'une assurance complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens des art. 2 al. 2 LSAMal ainsi que 1 OSAMal en lien avec les art. 7 CPC et 134 al. 1 let. c LOJ.

3.6 Vu ce qui précède, en l'absence d'une assurance LCA complémentaire à l'assurance-maladie sociale, la chambre de céans ne peut que décliner sa compétence pour statuer sur les conclusions de la demanderesse relevant de la police d'assurance PREVEA.

La demande sera dès lors déclarée irrecevable.

4.

4.1 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.

4.2 Le tribunal qui décline sa compétence à raison du lieu ou de la matière Le tribunal qui décline sa compétence (à raison du lieu ou de la matière) ne peut ni ne doit indiquer dans sa décision (art. 238 CPC) le tribunal ou l'autorité qu'il tient pour compétent, ni 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 CPC sur ce point mais un silence qualifié du législateur (François BOHNET, in Commentaire romand, Code de procédure civile, 2019, n. 28 et 29 ad art. 63 CPC, et les références citées).

Ce principe a été confirmé par le Tribunal fédéral (arrêt 4A_332/2015 du 10 février 2016 consid. 4.2).

5. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

1. Déclare la demande déposée le 23 avril 2021 par Madame A_____ contre Solida Versicherungen AG irrecevable.
2. Dit que la procédure est gratuite.
3. 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	Le président
Diana ZIERI	Blaise PAGAN

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA) par le greffe le