

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré) a exploité depuis novembre 1986, à titre indépendant, un cabinet dentaire privé.
2. Le 5 juin 1991, il a conclu auprès de LA BÂLOISE, COMPAGNIE D'ASSURANCES SUR LA VIE - devenue depuis lors BÂLOISE VIE SA (ci-après : l'assureur) - différents produits d'assurance, dont :
 - une police de prévoyance liée n°1_____, comprenant une assurance temporaire en cas de décès et une assurance complémentaire en cas d'incapacité de gain ; cette police prévoit le versement de CHF 79'410.- en cas de décès avant le 1^{er} avril 2001 ; en cas d'incapacité de gain, elle accorde (i) une rente annuelle de CHF 47'800.-, payable jusqu'à vingt-quatre mois après le début de l'incapacité de gain, au plus tard jusqu'au 1^{er} avril 2020, diminuée d'un délai d'attente de trois mois, (ii) une rente annuelle de CHF 23'900.- jusqu'au 1^{er} avril 2020, avec un délai d'attente de vingt-quatre mois et (iii) la libération du paiement des primes après un délai d'attente de trois mois ;
 - une police d'assurance n°2_____, comprenant une assurance temporaire en cas de décès, ainsi qu'une assurance complémentaire en cas d'incapacité de gain ; elle prévoit le versement de CHF 80'590.- en cas de décès avant le 1^{er} avril 2001 ; en cas d'incapacité de gain, elle octroie (i) une rente annuelle de CHF 24'200.-, payable jusqu'à vingt-quatre mois après le début de l'incapacité de gain, au plus tard jusqu'au 1^{er} avril 2020, assortie d'un délai d'attente de trois mois, (ii) une rente annuelle de CHF 24'100.- jusqu'au 1^{er} avril 2020, avec un délai d'attente de vingt-quatre mois et (iii) la libération du paiement des primes après un délai d'attente de trois mois ;
 - une police d'assurance-vie n°3_____, comprenant une assurance mixte et une assurance complémentaire en cas d'incapacité de gain ; elle prévoit le versement de CHF 100'000.- en cas de vie le 1^{er} avril 2016 et le même montant en cas de décès avant cette même date ; en cas d'incapacité de gain, elle accorde une rente annuelle de CHF 5'000.- jusqu'au 1^{er} avril 2020, après un délai d'attente de vingt-quatre mois, ainsi que la libération du paiement des primes avec un délai d'attente de trois mois.
3. Ces polices d'assurance, qui ont pris effet le 1^{er} avril 1991, sont soumises aux conditions générales d'assurance sur la vie, édition 1989 (ci-après : CGA/1989).

Elles renvoient expressément, notamment, au chapitre 6 des CGA/1989, intitulé « dispositions particulières pour les assurances en cas d'incapacité de gain ».

La police n°1_____ renvoie expressément, entre autres, au chapitre 8, intitulé « dispositions particulières pour l'assurance de prévoyance liée ».
4. Depuis le 1^{er} août 2015, l'assuré est en arrêt total de travail en raison d'une atteinte au poignet droit, qui perdure en dépit d'une intervention chirurgicale.

5. Par deux courriers séparés relatifs aux polices d'assurance n°1_____ et n°2_____, tous deux datés du 19 janvier 2016, l'assureur a informé l'assuré qu'il lui accordait provisoirement des prestations vu l'incapacité de travail attestée médicalement. La perte de gain était toutefois déterminante pour le montant des prestations dues. L'assuré était invité à suspendre le versement de ses primes jusqu'à nouvel avis.
6. Dans le cadre de la police d'assurance n°1_____, l'assureur a versé à l'assuré CHF 43'816.70, somme correspondant aux rentes pour la période du 1^{er} novembre 2015 au 30 septembre 2016.

L'assureur lui a également versé CHF 22'183.30, montant correspondant aux rentes couvrant la même période, découlant de la police d'assurance n°2_____

7. Le docteur B_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main et orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur, a été mandaté par l'assureur pour une expertise.

Dans son rapport du 18 octobre 2016, l'expert a constaté une limitation fonctionnelle douloureuse modeste du poignet droit, avec diminution de la force et de l'habileté manuelle droite très gênante ; il a conclu à un status après dénervation subtotale du poignet droit et décompression du tunnel carpien droit le 7 septembre 2015, à un morphotype ancien des deux poignets en bascule dorsale du semi-lunaire avec effondrement du carpe stade IV à droite et à un status après possible très ancienne lésion scapho-lunaire droite méconnue.

L'expert a constaté que l'intervention chirurgicale pratiquée en septembre 2015 n'avait pas apporté d'amélioration significative. L'état du poignet persisterait, voire se dégraderait très lentement au fil des ans.

Selon lui, la capacité de travail était définitivement nulle dans l'activité habituelle et ce, depuis le 7 septembre 2015, voire depuis août 2015. En cas d'aggravation des douleurs, une nouvelle intervention chirurgicale (résection du scaphoïde droit avec arthrodeuse médio-carpienne) serait envisageable, sans pour autant permettre une reprise de l'activité de dentiste, même à temps partiel. En revanche, toute autre activité professionnelle ne nécessitant ni mouvements répétitifs, ni efforts du poignet droit, ni habileté manuelle particulière de la main droite serait pleinement exigible, dès ce jour. A été citée à titre d'exemple l'activité de médecin-dentiste conseil auprès d'une assurance.

8. Par pli du 28 décembre 2016, l'assureur, se basant sur le rapport d'expertise du 18 octobre 2016, a mis un terme au versement des rentes au motif que la comparaison des revenus ne révélait aucune perte de gain.
9. Dans leurs échanges de courriers subséquents, l'assuré a invité l'assureur à continuer à prester, tandis que ce dernier a campé sur sa position.
10. Dans un courrier du 23 février 2017, revenant sur son calcul de la perte de gain, l'assureur a expliqué s'être référé, s'agissant du revenu de valide, à l'extrait du

compte individuel AVS de l'assuré et avoir tenu compte des revenus déclarés les vingt-quatre mois (de 2013 à 2015) précédant le début de l'incapacité de travail, survenue le 1^{er} août 2015. Le revenu d'invalidé de CHF 101'736.- avait quant à lui été établi en fonction des données de l'ESS 2014 (TA1, niveau de compétence 4, homme, branche économique [73-75]).

11. Le 15 mai 2017, l'assuré a saisi la Cour de céans d'une demande en paiement à l'encontre de BÂLOISE ASSURANCE SA et de BÂLOISE VIE SA, en concluant, sous suite de frais et dépens, (i) dans le cadre de la police d'assurance n° 1_____, au versement de CHF 83'650.- avec intérêts à 5% l'an dès le 1^{er} août 2016 pour la période du 1^{er} août 2015 au 31 juillet 2017 et de CHF 63'734.- pour la période du 1^{er} août 2017 au 31 mars 2020 ; (ii) au remboursement des primes d'assurance payées, dans le cadre de cette police d'assurance, depuis le 1^{er} novembre 2015 avec intérêts à 5% l'an dès le 1^{er} janvier 2017 ; (iii) dans le cadre de la police d'assurance n° 2_____, au versement de CHF 24'200.- avec intérêts à 5% l'an dès le 1^{er} août 2016 pour la période du 1^{er} août 2015 au 31 juillet 2017 et de CHF 24'100.- pour la période du 1^{er} août 2017 au 31 mars 2020 ; (iv) au remboursement des primes d'assurance payées, dans le cadre de cette police d'assurance, depuis le 1^{er} novembre 2015 avec intérêts à 5% l'an dès le 1^{er} janvier 2017 ; (v) dans le cadre de la police d'assurance n° 3_____, au versement de CHF 13'334.- pour la période du 1^{er} août 2017 au 31 mars 2020 ; et (vi) au remboursement des primes d'assurance payées, dans le cadre de cette police d'assurance, depuis le 1^{er} novembre 2015 avec intérêts à 5% l'an dès le 1^{er} janvier 2017.

Au préalable, le demandeur explique que les polices d'assurance ont été établies au nom de BÂLOISE VIE SA, mais que c'est BÂLOISE ASSURANCE SA qui a répondu à ses sollicitations.

S'agissant de la recevabilité de sa demande, l'assuré argue que, lorsque le contrat d'assurance contient des prestations d'assurance soumises à la fois, selon l'objet de la prestation, à la compétence du Tribunal de première instance et de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, la compétence *ratione materiae* de cette dernière doit être admise si la prestation qui lui est soumise prend une place prépondérante dans le contrat. Or, en l'espèce, les prestations en cas d'incapacité de gain (de CHF 267'335.-) étaient prépondérantes par rapport au capital en cas de vie ou décès (de CHF 100'000.- selon la police n°3_____), étant précisé que les prestations en cas de décès découlant des polices nos 1_____ et 2_____ étaient échues.

Au fond, le demandeur expose, en substance, qu'il est incapable de dégager le moindre revenu et, procédant à une interprétation des clauses contractuelles, il estime que c'est à tort que l'assureur a mis un terme à ses prestations.

12. Invitées à se déterminer, dans leur réponse du 13 juillet 2017, BÂLOISE ASSURANCE SA et BÂLOISE VIE SA ont conclu au rejet de la demande, sous suite de frais et dépens.

La qualité pour défendre et de partie de BÂLOISE ASSURANCE SA a été contestée au double motif qu'elle n'est pas la cocontractante du demandeur et que la gestion du sinistre a exclusivement été menée par BÂLOISE VIE SA, seule et unique partenaire contractuelle.

S'agissant de la recevabilité de la demande, la défenderesse s'en est rapporté à l'appréciation de la Cour de céans.

13. Dans son écriture du 28 août 2017, le demandeur a modifié ses conclusions, compte tenu des montants de CHF 43'816.70 et de CHF 22'183.30 déjà versés. Il a également conclu, préalablement, à l'audition de deux témoins.
14. Une audience d'enquêtes et de comparution personnelle s'est tenue le 5 octobre 2017, au cours de laquelle les témoins suggérés par le demandeur ont été entendus.
À l'issue de ces audiences, ce dernier a indiqué renoncer à son action contre BÂLOISE ASSURANCE SA.
15. Dans leurs écritures finales du 4 décembre 2017, les parties ont persisté dans leurs conclusions respectives.
16. Par écriture spontanée du 6 décembre 2017, le demandeur s'est une nouvelle fois exprimé.
17. Copie de cette écriture transmise à la défenderesse, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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 n°s 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 n°s 2_____ et 3_____ vis-à-vis de BÂLOISE VIE SA.

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

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, 1^{ère} 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.

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.

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 1^{er} 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).

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).

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).

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).
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).
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).

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).

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 1^{er} 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 1^{er} 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).

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

ou de décès consécutif à une maladie ne correspond pas à une assurance complémentaire selon l'art. 12 al. 2, 1^{ère} phrase, LAMal (actuellement : art. 2 al. 2 LSAMal), mais à une autre branche d'assurance selon l'art. 12 al. 2, 2^{ème} phrase, LAMal. Il s'agit en particulier d'une assurance qui présente les mêmes caractéristiques que celle mentionnée à l'art. 14 let. c OAMal (arrêt KK.2005.00036 du 24 février 2006 consid. 2).

Cette juridiction est parvenue à la même conclusion s'agissant d'une assurance, accordant un capital d'un montant maximal de CHF 100'000.- en cas de décès et d'un montant maximal de CHF 250'000.- en cas d'invalidité consécutive à un accident (arrêt KK.2009.00018 du 24 juillet 2009 consid. 3).

10. a. En matière d'assurances complémentaires, le Tribunal cantonal des assurances sociales – devenu depuis lors la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice – s'était déjà à quelques reprises penché sur sa compétence.

Dans un arrêt ATAS/873/2006 du 3 octobre 2006, il a jugé que le contrat d'assurance-maladie collective d'indemnité journalière contre la perte de gain consécutive à la maladie ou à un accident, soumis à la LCA, qui couvrait le demandeur, travailleur indépendant non soumis à l'assurance-accidents obligatoire, constituait une assurance complémentaire à l'assurance-maladie ou accidents, car il s'agissait d'une prestation faisant partie du catalogue de l'assurance-maladie ou accidents.

Dans un arrêt ATAS/288/2006 du 28 mars 2006, il a jugé douteux – mais a laissé la question ouverte – de savoir si l'assurance décès ou invalidité conclue par la demanderesse constituait une assurance complémentaire à la LAMal. En revanche, s'agissant d'une assurance décès et invalidité pour cause d'accident, l'assurance litigieuse était bien une assurance complémentaire à la LAA, car celle-ci prévoyait comme prestations en espèces, l'indemnité journalière, la rente d'invalidité, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'allocation pour impotent et les rentes de survivants.

Dans un arrêt ATAS/583/2006, il a jugé que le contrat d'assurance-maladie conclu par le demandeur n'était pas complémentaire à l'assurance obligatoire des soins, mais au contraire se substituait à celle-ci, car il offrait des prestations équivalentes à celles d'une assurance-maladie sociale; dès lors le Tribunal n'était pas compétent *rationae materiae*.

b. 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'avait pas pour objet une indemnité journalière, mais une rente annuelle, la qualification d'assurance complémentaire au sens de l'art. 12 al. 2 LAMal était exclue, au vu de la jurisprudence qui reconnaissait le caractère d'assurance complémentaire à

l'assurance d'indemnités journalières, soumise à la LCA. Il a ajouté que la conclusion d'une assurance complémentaire facultative d'indemnités journalières selon les art. 67 ss LAMal n'était pas possible aux seules fins de couvrir la perte de gain. En effet, l'indemnisation de la perte de gain, par l'allocation d'une rente, qui était étrangère à la LAMal, faisait l'objet d'autres assurances sociales, à savoir l'assurance-invalidité, l'assurance-accidents, et la prévoyance professionnelle. Aussi a-t-il considéré que le lien avec l'assurance-maladie sociale faisait défaut (arrêt KK.2012.00031 du 30 octobre 2013 consid. 4.3).

11. En l'espèce, le demandeur soutient que la Cour de céans est compétente à raison de la matière, dans la mesure où, bien que les prestations en cas de vie ou de décès soient soumises à la compétence du Tribunal de première instance, la valeur litigieuse de CHF 267'335.-, correspondant au montant des rentes réclamé en raison de son incapacité de gain – soit des prestations soumises à la compétence de la Cour de céans selon lui –, est prépondérante par rapport au capital en cas de vie ou de décès de CHF 100'000.- selon la police n°10/2.231.935-6 (les prestations en cas de décès découlant des deux autres polices étant échues).
12. a. La position du demandeur ne saurait être suivie.

Pour déterminer la compétence de la Cour de céans, ce dernier compare le montant des prestations auquel il peut prétendre selon l'assurance d'incapacité de gain et celui prévu d'après l'assurance en cas de vie et/ou de décès. Or, la compétence *ratione materiae* dépend de la question de savoir si les prétentions en cause résultent d'une assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale.

b. Pour ce faire, il y a lieu, au préalable, d'examiner la forme juridique des contrats litigieux.

b/aa. Dans le cadre d'une assurance-vie, le cas d'assurance (sinistre) est lié en règle générale à la durée de la vie humaine. Le sinistre se réalise soit au décès de la personne assurée (assurance-décès), soit par le fait que celle-ci atteint un certain âge (assurance en cas de vie). L'assureur s'engage par conséquent à l'allocation de prestations sous la forme d'un capital ou d'une rente, soit en cas de décès de la personne assurée, soit en cas de vie à une échéance déterminée par le contrat (Vincent BRULHART, *Droit des assurances privées*, 2017, 2^{ème} éd., n. 971, p. 485).

L'assurance-vie peut se présenter selon des combinaisons très différentes en fonction des besoins des individus. En cas d'assurance temporaire-décès, la prestation n'est versée qu'à la condition que le décès survienne avant une date déterminée. Si l'assuré est vivant à l'échéance, l'assureur est libéré de toute obligation. En cas d'assurances mixtes ordinaires, combinant les éléments aléatoires (vie et décès), la prestation est versée soit en cas de vie à l'échéance, soit en cas de décès si cet événement survient avant une certaine date (BRULHART, *op cit.*, n. 973-974, p. 486-487).

Les assurances-vie peuvent également prévoir des prestations de rente ainsi qu'une libération du paiement des primes en cas d'incapacité de gain (Stephan FUHRER, *Schweizerisches Privatversicherungsrecht*, 2011, n. 22.8 et 22.12, p. 499-500).

b/bb. In casu, la police n°10/2.231.934-9 comprend une assurance temporaire en cas de décès avant le 1^{er} avril 2001. La police n°10/2.231.935-6 revêt quant à elle la forme d'une assurance mixte prévoyant un capital en cas de vie le 1^{er} avril 2016 et le même montant en cas de décès avant cette date-ci. Les deux polices accordent également des rentes annuelles ainsi que la libération du paiement des primes en cas d'incapacité de gain.

Force est ainsi de constater que les deux polices en cause présentent les caractéristiques d'une assurance-vie. Or, dans un arrêt du 15 mai 2007, le Tribunal cantonal des assurances sociales a jugé qu'un litige relatif à une assurance-vie (dans le cadre d'un 3^{ème} pilier) ne relevait pas de son ressort (ATAS/519/2007).

Cette conclusion se justifie par le fait que la LAMal ne couvre pas la vie ou le décès.

c. Cela dit, il convient de déterminer si, abstraction faite, cas échéant, de la couverture en cas de vie ou de décès, les prestations en cas d'incapacité de gain – seules litigieuses ici – peuvent être considérées comme une assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale.

c/aa. MAURER relève qu'en pratique, les assureurs privés intègrent souvent dans les polices d'assurance différentes branches d'assurance, telles que l'assurance-accident privée, l'assurance-maladie privée, les assurances d'hospitalisation sous diverses formes et l'assurance-vie. L'auteur qualifie ces assurances d'assurances « combinées ». Il estime que si de telles assurances présentent un lien, même faible, avec l'assurance-maladie sociale, elles peuvent être considérées comme des assurances complémentaires. S'il existe des assurances combinées, dont certaines branches n'ont aucun lien avec l'assurance-maladie sociale, elles seront néanmoins reconnues comme des assurances complémentaires, pour autant que les branches d'assurances qui complètent l'assurance-maladie sociale prédominent. Selon l'auteur, il est dans l'intérêt de l'assuré de considérer un contrat, dans son ensemble, soit comme une assurance complémentaire (à condition que le contrat ait pour objectif principal de compléter l'assurance-maladie) soit pas (si la condition précitée n'est pas remplie), afin d'éviter que le même contrat fasse l'objet de deux actions en justice, soumises à deux procédures distinctes, en cas de litige (MAURER, *op cit.*, p. 132-133).

LEHNER partage cet avis (LEHNER, *op cit.*, p. 189).

c/bb. Sur le vu de ce qui précède, on peut admettre que les polices litigieuses, en tant qu'elles couvrent, d'une part, la vie ou le décès, et, d'autre part, l'incapacité de gain, sont assimilables à des assurances combinées, puisque ces polices indiquent que les prestations en cas d'incapacité de gain sont « complémentaires » aux prestations en cas de vie ou de décès.

Cela étant, même à supposer que les prestations en cas d'incapacité de gain consécutive à une maladie soient prépondérantes en l'espèce, comme le prétend le demandeur, elles ne présentent aucun lien matériel avec l'assurance-maladie sociale pour les motifs qui suivent.

13. a. Il y a lieu de rappeler 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.

b. Il ne fait aucun doute que les prestations en cause, soit des rentes en cas d'incapacité de gain, ne constituent pas des prestations de soins.

c. Ces prestations ne sauraient pas non plus être assimilées à des indemnités journalières en cas d'incapacité de travail due à une maladie.

c/aa. En effet, le versement des indemnités journalières selon la LAMal suppose une incapacité de travail (de la moitié au moins ; art. 72 al. 2 LAMal), notion définie à l'art. 6 LPGA.

Selon la jurisprudence, est considéré comme incapable de travailler l'assuré qui, à la suite d'une atteinte à la santé, ne peut plus exercer son activité habituelle ou ne peut l'exercer que d'une manière limitée ou encore avec le risque d'aggraver son état (ATF 129 V 53 consid. 1.1).

Pour déterminer le taux de l'incapacité de travail, il faut établir dans quelle mesure l'assuré ne peut plus, en raison de l'atteinte à la santé, exercer son activité antérieure, compte tenu de sa productivité effective et de l'effort que l'on peut raisonnablement exiger de lui (arrêt du Tribunal fédéral K.31/04 du 9 décembre 2004 consid. 2.2).

En cas d'incapacité de travail de longue durée, on peut raisonnablement exiger de l'assuré, conformément à son obligation de diminuer le dommage – qui est un principe général du droit des assurances sociales – qu'il utilise sa capacité de travail résiduelle dans un autre secteur d'activité professionnelle, à condition qu'un laps de temps suffisant lui soit imparti pour lui permettre de retrouver un emploi adapté à son état de santé (cf. ATF 111 V 235 consid. 2a).

À l'issue du délai d'adaptation (entre trois à cinq mois), le droit à l'indemnité journalière, cas échéant réduite, dépend de l'existence d'une perte de gain éventuelle imputable au risque assuré, qui se détermine par la différence entre le revenu qui pourrait être obtenu sans la survenance de l'éventualité assurée dans la profession exercée jusqu'ici et le revenu qui est obtenu ou pourrait raisonnablement être réalisé dans la nouvelle profession. La perte de gain chiffrée en pourcent donne ainsi le taux de l'incapacité de travail résiduelle (arrêt du Tribunal fédéral K.31/04 du 9 décembre 2004 consid. 2.2).

L'assureur-maladie ne peut se défaire de son obligation d'indemniser la perte de gain d'un assuré en se fondant uniquement sur la seule évaluation médico-théorique de la capacité de travail dont celui-ci dispose dans une autre activité. Il reste tenu au paiement de l'indemnité journalière, le cas échéant dans une mesure réduite, tant qu'il subsiste chez l'assuré un dommage résiduel dû à la maladie et couvert par les conditions d'assurance (ATAS/264/2005 du 31 mars 2005 consid. 5).

c/bb. L'incapacité de gain au sens de l'art. 7 LPGA résultant d'une atteinte à la santé physique ou mentale est admise lorsqu'en dépit du traitement et des mesures de réadaptation subsiste une diminution de tout ou partie des possibilités de gain. Contrairement à une incapacité passagère de travail, la notion d'incapacité de gain implique le long terme et ouvre en conséquence le droit à une rente. L'incapacité de gain ne se rapporte pas à l'activité précédemment exercée, mais elle est admise lorsque, dans des conditions normales du marché du travail, tout travail et donc toute activité lucrative est exclue, en tout ou en partie (Initiative parlementaire, Droit des assurances sociales, Rapport de la Commission du Conseil national de la sécurité sociale et de la santé, du 26 mars 1999, FF 1999 IV 4168, p. 4192-4193).

c/cc. En définitive, les atteintes à la santé peuvent empêcher l'assuré d'exercer une activité lucrative pendant une période déterminée (incapacité de travail, art. 6 LPGA) ou de manière permanente (invalidité ; art. 7 et 8 LPGA). 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). La référence, faite par l'art. 6 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 (Pierre-Yves GREBER/Bettina KAHIL-WOLFF/Ghislaine FRÉSARD-FELLAY/Romolo MOLO, Droit suisse de la sécurité sociale, Volume I, 2010, n. 88, p. 122-123 et les références).

Ainsi, le risque d'incapacité de travail et le risque d'incapacité de gain, respectivement d'invalidité constituent des risques différents. Les prestations octroyées sont différentes selon qu'il s'agit de l'un ou de l'autre risque (Ueli-KIESER, ATSG-Kommentar, 3^{ème} éd., 2015, n. 45 ad art. 6). L'incapacité de travail (art. 6 LPGA) donne en effet lieu à des prestations à court terme (indemnités journalières - soit des prestations en espèces versées au jour le jour, qui procurent un revenu de remplacement à l'assuré empêché d'exercer sa profession).

L'incapacité de gain (art. 7 LPGA), quant à elle, donne lieu à des prestations à long terme (rentes - soit des prestations en espèces versées mensuellement) (GREBER/KAHIL-WOLFF/FRÉSARD-FELLAY/MOLO, op cit., p. 123-124 ; Anne-Sylvie DUPONT, Le droit de la sécurité sociale au contact du droit des assurances privées, in: Revue de droit suisse, Vol. 133(2014), Halbbd. 2, p. 403 ; KIESER, op cit., n. 12 et 15 ad art. 15).

-
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 $\frac{2}{3}$, les prestations entières sont accordées. Une incapacité de gain de moins de $\frac{1}{4}$ 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 tout 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

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'invalidé.

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.

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_____.
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).

17. La demande sera dès lors déclarée irrecevable.

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

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

Statuant

conformément à l'art. 133 al. 2 LOJ

1. Prend acte du retrait de la demande à l'encontre de BÂLOISE ASSURANCE SA.
2. Disjoint les causes A/2165/2017 et A/5104/2017.
3. Dit que la demande contre BÂLOISE VIE SA dans la cause A/5104/2017 en tant qu'elle vise la police de prévoyance liée n°1_____ fait l'objet d'un arrêt distinct.
4. Déclare la demande contre BÂLOISE VIE SA en tant qu'elle concerne les polices d'assurance n°2_____ et 3_____ irrecevable.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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