

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2478/2025

ATAS/196/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 4 mars 2026

Chambre 4

En la cause

A_____

recourante

contre

PHILOS ASSURANCE MALADIE SA

intimée

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, présidente ; Larissa ROBINSON-MOSER et Antonio Massimo DI TULLIO, juges assesseurs.

EN FAIT

- A.** **a.** A _____ (ci-après l'assurée ou la recourante) est née _____ 1990, mariée et mère de deux enfants, un fils né le _____ 2020 et une fille née le _____ 2024.
- b.** Elle a été engagée par l'entreprise B _____ SA (ci-après : l'employeur) dès le 31 janvier 2022 en tant que nettoyeuse à 93%. À ce titre, elle était assurée auprès de PHILOS ASSURANCE MALADIE SA (ci-après : l'assurance ou l'intimée), une société du Groupe Mutuel Holding SA, pour la perte de gains maladie LAMal par le biais du contrat collectif de son employeur.
- B.** **a.** Le 17 mars 2025, l'employeur de l'assurée a annoncé à l'assurance une incapacité de travail de celle-ci à 100%, relevant que le certificat médical débutait le 17 mars 2025, mais que l'assurée était alors encore en congé maternité, de sorte que l'arrêt de travail devait être considéré comme commençant le 18 mars 2025.
- b.** Par décision du 15 mai 2025, l'assurance a nié à l'assurée le droit à des indemnités journalières, au motif que selon le dossier, et en particulier le rapport de l'expert, son incapacité de travail n'était pas médicalement justifiée.
- c.** Le 12 juin 2025, l'assurée a formé opposition à la décision précitée, en produisant un rapport établi le 11 juin 2025 par le Dr C _____, qui indiquait que le diagnostic provisoire était un épisode dépressif modéré (F32.1) et un burnout/surcharge lié au rôle parental et professionnel (Z73.0). Il avait mis en route un traitement d'antidépresseurs par Sertraline 25 mg, à augmenter progressivement, et un suivi psychothérapeutique avec une psychologue. En raison de l'état psychique encore fragile, de la fatigue intense, du stress parental majeur et de la nécessité de mettre en place un traitement psychothérapeutique et médicamenteux, la prolongation de l'arrêt maladie jusqu'au 11 juin 2025 était justifié et indispensable pour permettre une récupération fonctionnelle à l'assurée, qui n'était pas en mesure de reprendre une activité professionnelle.
- C.** **a.** Le 14 juillet 2025, l'assurée a déposé auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) une demande en paiement contre le Groupe Mutuel (l'assurance) pour le paiement des indemnités journalières en raison son incapacité de travail pour la période d'avril à août 2025.
- b.** Par décision sur opposition du 7 août 2025, l'assurance a confirmé sa décision de refus d'octroi de ses prestations à l'assurée pour son incapacité de travail dès le 18 mars 2025, relevant que l'expertise était fondée sur le dossier complet de l'assurée ainsi qu'un examen clinique de l'expert. L'assurée n'apportait aucun élément médical nouveau permettant d'étayer la poursuite de l'incapacité de travail, se bornant à expliquer qu'elle était fatiguée en raison des pleurs de sa fille et des troubles du comportement de son fils. Le rapport médical produit à l'appui de l'opposition avait été soumis à l'expert qui avait confirmé que l'incapacité de travail était improbable. Force était de constater qu'il n'existait pas de motif

médical permettant de remettre en cause les conclusions du rapport d'expertise du 15 mai 2025.

c. Le 11 août 2025, l'assurance a conclu à l'irrecevabilité de la demande au motif que le litige relevait de l'assurance obligatoire des soins et non de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, précisant qu'elle avait rendu une décision sur opposition le 7 août 2025, qui devait faire l'objet d'un recours.

d. Le 25 août 2025, l'assurée a formé recours contre la décision sur opposition du 7 août 2025 auprès de la chambre de céans.

e. Le 25 septembre 2025, l'assurance a conclu au rejet du recours précité et à la condamnation de la recourante à tous les frais et dépens,

EN DROIT

1. 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 LAMal, 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).
2. L'art. 67 LAMal dispose que toute personne qui est domiciliée en Suisse ou y exerce une activité lucrative et qui est âgée de 15 ans au moins mais n'a pas atteint l'âge de 65 ans peut conclure une assurance d'indemnités journalières avec un assureur au sens des art. 2 al. 1 ou 3 de la loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (LSLAMal - RS 832.12) (al. 1). L'assurance d'indemnités journalières peut être conclue sous la forme d'une assurance collective. Les assurances collectives peuvent être conclues par des employeurs, pour leurs travailleurs ou pour eux-mêmes (let. a) ; organisations d'employeurs ou des associations professionnelles, pour leurs membres et les travailleurs de leurs membres (let. b) ; organisations de travailleurs, pour leurs membres (let. c) (al. 3).

Selon l'art. 2 LSLAMal, 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 loi du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance.

Aux termes de l'art. 72 LAMal, l'assureur convient avec le preneur d'assurance du montant des indemnités journalières assurées. Ils peuvent limiter la couverture aux risques de la maladie et de la maternité (al. 1). Les prestations prises en

charge sont rattachées à la période d'incapacité de travail (al. 1^{bis}). Le droit aux indemnités journalières prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de travail réduite au moins de moitié (art. 6 LPGA). À défaut d'accord contraire, le droit prend naissance le troisième jour qui suit le début de la maladie. Le versement des prestations peut être différé moyennant une réduction correspondante du montant de la prime. Lorsque la naissance du droit à l'indemnité journalière est subordonnée à un délai d'attente convenu entre les parties, durant lequel l'employeur est tenu de verser le salaire, ce délai peut être déduit de la durée minimale du versement de l'indemnité journalière (al. 2). Les indemnités journalières doivent être versées, pour une ou plusieurs maladies, durant au moins 720 jours dans une période de 900 jours. L'art. 67 LPGA n'est pas applicable (al. 3).

L'assurance facultative d'indemnités journalières selon les art. 67 ss LAMal est une assurance de perte de gain, et le droit aux indemnités journalières est donc subordonné à ce que l'ayant droit subisse une perte de salaire ou de gain effective en raison d'une atteinte à la santé due à une maladie (arrêt du Tribunal fédéral 9C_131/2020 du 5 février 2021 consid. 3.2).

3. En l'espèce, le contrat conclu entre l'employeur et l'intimée courant dès le 1^{er} janvier 2024 a pour objet la couverture des conséquences économiques d'une incapacité de travail ou de gain. Les Conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LAMal dans leur édition du 1er janvier 2018 (CGA) font parties intégrantes du contrat. La police prévoit le versement d'indemnités journalières en cas de maladie correspondant à 80% du salaire durant 730 jours, avec imputation d'un délai d'attente de 14 jours.

En l'espèce, le litige relève de la LAMal (art. 67 LAMal) et non de la LCA, de sorte que la demande du 14 juillet 2025 est irrecevable.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare la demande 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). 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

Janeth WEPF

Catherine TAPPONNIER

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