



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2534/2019

ATAS/119/2020

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 13 février 2020**

**3<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENÈVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Emilie CONTI MOREL

demanderesse

contre

ADVISOR SWISS INSURANCE (ASI) SA, sise avenue de  
Provence 4, LAUSANNE, comparant avec élection de domicile en  
l'étude de Maître Jérôme BENEDICT

défenderesse

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges  
assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Madame A \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née le \_\_\_\_\_ 1989, de nationalités uruguayenne et espagnole, s'est installée en Suisse en septembre 2014.
2. En sa qualité d'étudiante étrangère séjournant en Suisse, elle a conclu avec ADVISOR SWISS INSURANCE SA (ci-après : ASI) une assurance maladie et accident pour les frais médicaux, pharmaceutiques et hospitaliers, le rapatriement et l'assistance, à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2014.
3. Sur la base de ce contrat, l'assurée a été exemptée de l'obligation de s'affilier à l'assurance obligatoire des soins par le Service de l'assurance-maladie (ci-après : le SAM) dès le 1<sup>er</sup> novembre 2014.
4. En date du 19 septembre 2017, l'assurée et ASI ont signé le « Formulaire de contrôle de l'équivalence de l'assurance-maladie 2017 », « Attestation de l'assureur étranger en vue de la délivrance d'une dispense de l'obligation d'assurance en Suisse », indiquant que l'assurée bénéficiait d'une couverture du 1<sup>er</sup> novembre 2017 au 31 octobre 2018.
5. Par décision du 27 avril 2018, le SAM a prolongé la dispense de l'obligation d'assurance accordée à l'assurée du 1<sup>er</sup> novembre 2014 au 31 octobre 2018, dès lors qu'elle bénéficiait en Suisse d'une couverture d'assurance-maladie et accident équivalente aux exigences posées par la législation applicable.
6. Le 8 août 2018, ASI a derechef rempli le formulaire relatif à la dispense de l'obligation d'assurance en Suisse, indiquant que l'assurée était couverte du 1<sup>er</sup> novembre 2018 au 31 octobre 2019.
7. Le jour même, ASI a établi la facture de prime et la police d'assurance relative à l'assurance maladie internationale pour étudiants pour la période du 1<sup>er</sup> novembre 2018 au 31 octobre 2019. Étaient garantis l'assurance maladie et accident pour les frais médicaux, pharmaceutiques et hospitaliers, l'hospitalisation en division commune, le rapatriement et l'assistance.
8. Dans un courrier du 16 août 2018, ASI a résilié le contrat d'assurance de l'assurée au 30 juin 2018 en invoquant une réticence.
9. Par courrier du 18 octobre 2018, l'assurée a contesté l'existence d'une réticence et soutenu, pour le surplus, qu'ASI n'avait pas respecté le délai pour se départir du contrat, de sorte que la résiliation était nulle et sans effet. Elle a sommé ASI de la réintégrer dans ses effectifs avec effet rétroactif à juin 2018. Pour le surplus, elle a sollicité le remboursement de ses éventuels frais médicaux et l'envoi des factures de primes.

10. Le 17 décembre 2018, ASI a remboursé à l'assurée une partie des primes déjà payées.
11. Par courriel du 15 janvier 2019, l'assurée a indiqué à ASI qu'elle avait tenté de s'affilier à l'assurance obligatoire des soins. Il lui avait toutefois été répondu qu'elle ne pouvait pas le faire vu sa demande d'exemption, renouvelée par le formulaire signé le 8 octobre 2018 par ASI, qui s'était engagée à lui prodiguer des prestations au moins équivalentes du 1<sup>er</sup> novembre 2018 au 31 octobre 2019. Elle réitérait donc sa demande de réintégration jusqu'à la fin de ses études, prévue mi-février 2019.
12. Dans un courrier du 22 janvier 2019, l'assurée a demandé au SAM comment elle devait procéder pour s'affilier à une caisse-maladie et obtenir la prise en charge de ses frais médicaux en suspens.
13. L'assurée a obtenu son diplôme universitaire en février 2019 et est assurée à l'assurance obligatoire des soins depuis le 26 février 2019.
14. Par courrier du 1<sup>er</sup> avril 2019, le SAM a précisé à l'assurée qu'une décision de dispense rétroactive pourrait être délivrée conformément à la demande du 8 août 2018, si l'issue du litige opposant l'assurée à ASI se soldait par la réactivation de sa couverture maladie depuis le 30 juin 2018.
15. En date du 28 juin 2019, l'assurée a saisi la Cour de céans d'une demande en paiement concluant à ce qu'ASI soit condamnée à la reprendre dans ses effectifs du 1<sup>er</sup> juillet 2018 au 25 février 2019, à lui verser CHF 6'826.- avec intérêts à 5% l'an dès le 31 décembre 2017, CHF 18'471.- avec intérêts à 5% l'an dès l'introduction de la demande, CHF 3'000.- avec intérêts à 5% l'an dès le 16 août 2018, CHF 8'723.70 avec intérêts à 5% l'an dès le 30 avril 2019, avec suite de frais et dépens.

S'agissant de la recevabilité de son action, la demanderesse fait valoir que le litige porte sur un contrat privé d'assurance-maladie devant être qualifié de contrat avec des consommateurs, conclu à des fins personnelles et sans rapport avec son activité professionnelle. Elle argue que le litige implique un assureur-maladie garantissant à ses assurés des prestations équivalentes à celles de l'assurance obligatoire. Elle ajoute que la couverture de droit privé doit offrir une protection matériellement équivalente à celle offerte par l'assurance obligatoire des soins pendant toute la durée de validité de l'exception.

16. Invitée à se déterminer, la défenderesse, dans sa réponse du 5 septembre 2019, a conclu à l'incompétence ratione materiae de la Cour de céans.

Elle fait remarquer que la police d'assurance litigieuse n'est ni une police d'assurance obligatoire des soins, ni une police d'assurance complémentaire à celle-ci. Il s'agit au contraire d'un contrat d'assurance-maladie soumis au seul droit privé, comme l'admet au demeurant la demanderesse, de sorte que la Chambre des

assurances sociales n'est pas compétente, comme elle a déjà eu l'occasion de le juger par le passé.

### **EN DROIT**

1. a. À teneur de l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 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 prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) et qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10).

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 LOJ, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît également 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 (LCA - RS 221.229.1).

b. Dans sa version antérieure, la LOJ prévoyait, en son art. 56 V al. 1 let. a ch. 4, que le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait en instance unique des contestations prévues à l'article 56 LPGA qui étaient relatives à la LAMal et, à son art. 56 V al. 1 let. c aLOJ, des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal et à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accident du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

2. a. Le 1<sup>er</sup> janvier 1996 est entrée en vigueur la LAMal, laquelle régit exclusivement l'assurance-maladie sociale. Les assurances complémentaires sont quant à elles soumises au droit privé, soit la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA - RS 221.229.1) et le droit des obligations.

L'art. 3 al. 2 LAMal délègue la compétence au Conseil fédéral d'excepter de l'assurance obligatoire certaines catégories de personnes. Faisant usage de cette délégation, l'autorité exécutive a notamment prévu, à l'art. 2 al. 4 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102), l'exception à l'obligation de s'assurer, sur requête, des personnes qui séjournent en Suisse dans le cadre d'une formation ou d'un perfectionnement, telles que les étudiants, les écoliers et les stagiaires, ainsi que les membres de leur famille au sens de l'art. 3 al. 2 qui les accompagnent, pour autant que, pendant toute la durée de validité de l'exception, ils bénéficient d'une couverture d'assurance équivalente pour les traitements en Suisse. La requête doit être accompagnée d'une attestation écrite de l'organisme étranger compétent donnant tous les renseignements nécessaires. L'autorité cantonale

compétente peut excepter ces personnes de l'obligation de s'assurer pour trois années au plus. Sur requête, l'exception peut être prolongée pour trois autres années au plus. L'intéressé ne peut revenir sur l'exception ou la renonciation à une exception sans raisons particulières.

b. La couverture d'assurance-maladie équivalente ne relève pas du droit social mais du droit privé, de sorte que la saisine d'un tribunal des assurances sociales ne sera en principe pas envisageable. Ce, à moins que, par hypothèse, l'organisation judiciaire d'un canton particulier ait opté pour le regroupement des litiges d'assurances privées et sociales au sein d'un même prétoire, mais en application des règles procédurales et matérielles distinctes qui gouvernent ces deux domaines de l'assurance (Gregor CHATTON, les exceptions à l'assurance obligatoire des soins, in RSAS 55/2011 p. 498).

3. Dans un arrêt du 29 juin 2006 (ATAS/583/2006), le Tribunal cantonal des assurances sociales - alors compétent - a rappelé que l'art. 56 V al. 1 let. c aLOJ lui donnait la compétence de statuer sur l'ensemble des contestations relatives aux assurances complémentaires aux assurances-maladies et accidents sociales, qu'elles soient offertes par une institution d'assurance privée non autorisée de pratiquer l'assurance obligatoire des soins ou par une institution ayant le droit de la pratiquer.

Dans cette affaire, concernant un étudiant étranger exempté de l'obligation de s'affilier à une caisse-maladie autorisée à pratiquer l'assurance obligatoire des soins en Suisse, le Tribunal s'est déclaré incompétent *ratione materiae* au motif que le contrat en cause, soumis à la LCA et non à la LAMal, n'était pas complémentaire à l'assurance obligatoire des soins, mais se substituait au contraire à celle-ci puisqu'il offrait des prestations équivalentes à celles d'une assurance-maladie sociale, condition nécessaire pour exempter à l'obligation de s'assurer auprès d'une caisse soumise à la LAMal, aux termes de l'art. 2 al. 4 OAMal.

4. En l'espèce, les parties ont conclu un contrat portant sur les frais médicaux, pharmaceutiques et hospitaliers en cas de maladie ou d'accident, ainsi que l'hospitalisation, le rapatriement et l'assistance.

Selon les certificats d'assurance produits, le contrat est soumis aux conditions générales d'assurance (ci-après : CGA), édition 2014.01 (polices de 2014 et 2015), puis 2018.01.001 (police de 2018). Ces CGA prévoient notamment que les droits et les obligations des parties sont fixés dans la police d'assurance, dans les avenants et dans les CGA. Pour tout ce qui n'est pas expressément prévu par ces documents, sont applicables « les dispositions du Codes des Assurances français » (art. A). Pour les cas de maladie, d'accident et de maternité, les prestations sont remboursées selon la Loi sur l'assurance maladie suisse (LAMal) (art. C). Le risque est assuré par MGEN International Benefits qui a délégué l'ensemble de la gestion du présent programme d'assurance à ASI. La police est régie par le droit français. Tout litige ne pouvant être autrement résolu sera soumis aux juridictions de France (Art. T).

5. En l'espèce, la Cour de céans relève tout d'abord que la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 56 V al. 1 let. c aLOJ conserve toute sa pertinence, dès lors que la teneur de cette disposition était similaire à celle de l'art. 134 al. 1 let. c LOJ désormais en vigueur.

La Cour de céans constate ensuite que la situation de la recourante est en tous points comparable à celle examinée par le Tribunal cantonal des assurances sociales dans l'arrêt du 29 juin 2006 précité.

En effet, en sa qualité d'étudiante étrangère, la recourante a conclu un contrat portant sur les frais médicaux, pharmaceutiques et hospitaliers en cas de maladie ou d'accident, ainsi que l'hospitalisation, le rapatriement et l'assistance. Cette couverture d'assurance équivalente lui a permis d'être exemptée de son obligation de s'affilier auprès d'un assureur social pratiquant l'assurance-maladie obligatoire, en application de l'art. 2 al. 4 OAMal.

Le contrat conclu par les parties n'est donc pas complémentaire à l'assurance obligatoire des soins, puisqu'il a pour but de se substituer à celle-ci.

Compte tenu du fait qu'il s'agit donc bien d'un contrat d'assurance-maladie privé, la demande ne peut qu'être déclarée irrecevable en raison de l'incompétence de la Cour de céans.

Pour le surplus, il n'est pas alloué de dépens à la charge de la demanderesse (art. 22 al. 3 let. b de la loi d'application du code civil suisse et d'autres lois fédérales en matière civile du 11 octobre 2012 [LaCC - E 1 05]), ni perçu de frais judiciaires (art. 114 let. e CPC).

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

**Statuant**

1. Se déclare incompétente ratione materiae.
2. Constate que la demande est dès lors irrecevable.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. 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 SÉCHAUD

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