

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4410/2011

ATAS/463/2012

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 4 avril 2012

5^{ème} Chambre

En la cause

Madame W _____, domiciliée au Grand-Lancy

demanderesse

contre

CSS ASSURANCE SA, Droit & compliance, sise Tribschenstrasse
21, 6002 Luzern

défenderesse

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD et Monique STOLLER
FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame W_____ bénéficiait en 2011 des polices d'assurances-maladie complémentaires suivantes auprès de CSS Assurances SA:

- Assurance standard	24 fr. 00	
Rabais pour contrat-cadre Arcosana K-AA	-2 fr. 40	
Rabais pour absence de prestations	-5 fr. 40	16 fr. 20
- Assurance pour médecine alternative		33 fr. 20
- Assurance pour cas d'urgence		3 fr. 90
- Assurance de cure et de soins		6 fr. 20
- Assurance d'hospitalisation privée	361 fr. 00	
Rabais pour contrat-cadre Arcosana K-AA	-90 fr. 20	270 fr. 80

Aux termes de conditions générales d'assurance (CGA) de l'assurance standard, de l'assurance pour médecine alternative et de l'assurance d'hospitalisation privée, un rabais de primes est prévu en l'absence de prestations pendant la période de référence.

2. Le 30 septembre 2011, la CSS a adressé à l'assurée une police d'assurance valable dès le 1^{er} janvier 2012 avec les primes suivantes :

- Assurance standard	24 fr. 00	
Rabais pour contrat-cadre Arcosana K-AA	- 2 fr. 40	
Rabais pour absence de prestations	- 5 fr. 40	16 fr. 20
- Assurance pour médecin alternative	36 fr. 60	
Rabais pour absence de prestations	- 18 fr. 30	18 fr. 30
- Assurance pour cas d'urgence		3 fr. 90
- Assurance de cure et de soins		6 fr. 20
- Assurance hospitalisation privée	361 fr. 00	
Rabais pour contrat-cadre Arcosana K-AA	- 54 fr. 10	306 fr. 90

3. Par courrier du 3 novembre 2010, l'assurée a résilié ses assurances-maladie complémentaires pour le 31 décembre 2011.
4. Par courrier du 15 novembre 2011, la caisse a confirmé la résiliation de l'assurance pour médecine alternative, mais a refusé la résiliation de l'assurance standard, de l'assurance pour cas d'urgence, de l'assurance de cure et soins, ainsi que de l'assurance d'hospitalisation privée au motif que les primes de ces dernières assurances n'avaient pas augmenté.
5. Le 19 décembre 2011, l'assurée saisit la Cour de céans d'une demande en constatation que toutes ses assurances-maladie complémentaires ont été valablement résiliées pour le 31 décembre 2011, sous suite de dépens. Elle fait valoir que le total de la prime mensuelle s'élève à 330 fr. 30 pour 2011 et à 351 fr. 50 pour l'année 2012.
6. Dans sa réponse du 19 janvier 2012, la défenderesse conclut au rejet de la demande, sous suite de dépens. Elle admet qu'il existe un délai de résiliation extraordinaire de 25 jours avant la fin de l'année d'assurance en cas de modification du tarif des primes ou des règles de participation aux coûts. Toutefois, pour l'année 2012, seule la prime de l'assurance pour médecine alternative a augmenté.
7. A la demande de la Cour de céans, la défenderesse l'informe le 7 mars 2012 que la demanderesse était assurée auparavant auprès d'ACCORDA Assurance-maladie, aujourd'hui en liquidation. Lors de la faillite de cette caisse, les assurés de celle-ci se sont vus proposer de passer dans le Groupe CSS, plus précisément auprès d'ARCOSANA pour l'assurance obligatoire des soins et auprès de la défenderesse pour les assurances complémentaires. De nombreux assurés d'ACCORDA bénéficiaient de participations (actions ou bons de participation) et à ce titre d'avantages de cette caisse. La défenderesse leur a dès lors proposé d'adhérer à un contrat collectif avec des rabais collectifs. Le Groupe CSS s'était engagé à l'origine à maintenir des rabais importants jusqu'au 1^{er} janvier 2007, mais ces rabais ont finalement perduré tant que la rentabilité du contrat était bonne. En ce qui concerne l'assurance d'hospitalisation privée, le rabais collectif a été réduit pour 2012 de 25% à 15% en raison de la mauvaise rentabilité du contrat collectif. La défenderesse souligne que le rabais collectif est accordé à bien plaisir et aux seuls assurés du contrat collectif et n'est, de ce fait, pas réglé par les CGA. Elle estime que la perte d'un rabais ne constitue pas un motif de résiliation extraordinaire.
8. Par écriture du 26 mars 2012, la demanderesse persiste dans ses conclusions. Elle relève que, du fait que le rabais est accordé à bien plaisir, l'assuré ne dispose d'aucune prévisibilité quant à son évolution.
9. Sur ce, la cause a été gardée.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2011, 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).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La demande respecte les conditions de forme et de recevabilité prescrites par le Code de procédure civile du 19 décembre 2008 (CPC ; cf. art. 244 et 59 CPC).

Elle n'est pas soumise à une tentative préalable de conciliation (ATAS/557/2011 du 31 mai 2011).

3. L'objet du litige est la question de savoir si la demanderesse a valablement résilié au 31 décembre 2011 les assurances-maladie complémentaires auprès de la défenderesse
4. Aux termes de l'art. 9.3 CGA de l'assurance standard et d'hospitalisation privée, la défenderesse informe l'assuré des modifications du contrat, à savoir notamment du changement du tarif de primes ou de la réglementation des participations aux coûts (franchise, quote-part; art. 9.1), au plus tard 25 jours avant la fin de l'année d'assurance. Si l'assuré n'est pas d'accord avec les modifications, il peut dénoncer le contrat. La résiliation est valable si elle parvient à la défenderesse au plus tard le dernier jour de l'année d'assurance. Selon l'art. 9.1 CGA, la modification du rabais pour absence de prestations n'est pas un motif de résiliation. Les CGA des assurances pour cas d'urgence, ainsi que de cure et de soins contiennent des dispositions identiques concernant le droit de résiliation extraordinaire, sauf en ce qui concerne le rabais pour absence de prestations qui n'est pas prévu pour ces contrats.
5. En l'espèce, il n'est pas contesté que la demanderesse a respecté le délai stipulé dans les CGA pour une résiliation extraordinaire.

Se pose toutefois la question de savoir si les conditions pour une telle résiliation sont réalisées, à savoir si la défenderesse a augmenté les primes des différents contrats.

Tel doit être nié pour les assurances standard, pour cas d'urgence, ainsi que de cure et de soins. En effet, la prime de ces assurances n'a pas varié.

Concernant l'assurance d'hospitalisation privée, la prime d'assurance n'a formellement pas été augmentée, mais le rabais collectif accordé dans le cadre du

contrat collectif d'ARCOSANA, dont faisait partie la demanderesse, a diminué. De ce fait, la défenderesse estime qu'il n'y a pas une augmentation de prime.

Il n'est pas contesté que le rabais collectif n'est pas réglé par les CGA. Celles-ci n'excluent dès lors pas une résiliation extraordinaire du contrat en cas de diminution du rabais.

Celle-ci dépend par ailleurs, tout comme l'augmentation d'une prime d'assurance, de la rentabilité du contrat. Partant, il n'y a fondamentalement aucune différence entre une diminution d'un rabais et une augmentation de prime, le but poursuivi étant dans les deux cas d'assurer la rentabilité de l'assurance. Par ailleurs, dans le cas en cause, la défenderesse aurait tout aussi bien pu augmenter la prime d'assurance, tout en maintenant 25% de rabais sur celle-ci.

La défenderesse a en outre admis avoir unilatéralement baissé le rabais de 25 à 15 %, en raison de la mauvaise rentabilité du contrat collectif. Cela constitue donc dans les faits une augmentation de prime indéniable.

Partant, il convient d'admettre qu'un motif de résiliation extraordinaire n'était pas seulement réalisé pour l'assurance de médecine alternative, mais également pour l'assurance d'hospitalisation privée. En revanche, les assurances pour cas d'urgence, ainsi que de cure et de soins n'ont pas été valablement résiliées et restent donc encore en vigueur en 2012.

6. La demande sera donc partiellement admise.
7. La demanderesse conclut également à l'octroi de dépens. Aux termes de l'art. 106 al. 1 CPC, les frais sont mis à la charge de la partie succombante. En vertu de l'art. 95 al. 3 CPC, les dépens comprennent les débours nécessaires, le défraiement d'un représentant professionnel ou, lorsqu'une partie n'a pas un tel représentant, une indemnité équitable pour les démarches effectuées, dans les cas où cela se justifie.

En l'occurrence, la recourante n'était pas représentée par un avocat, l'objet du présent litige était relativement simple et la demanderesse n'a obtenu que partiellement gain de cause. Cela étant, il ne se justifie pas de lui accorder des dépens.

8. La procédure est gratuite.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare la demande recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Constate que la demanderesse a valablement résilié le contrat d'hospitalisation privée au 31 décembre 2011.
4. Constate que l'assurance standard, l'assurance de cure et de soins et l'assurance pour cas d'urgence, auxquelles la demanderesse a souscrit auprès de la défenderesse, restent en vigueur en 2012.
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). Lorsque la valeur litigieuse minimale de 30'000 francs n'est pas atteinte, le recours n'est recevable que si la contestation soulève une question juridique de principe (art. 74 al. 2 let. a 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 valeur litigieuse des conclusions pécuniaires est en l'espèce, au sens de la LTF, inférieure à 30'000 fr.

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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