

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/5083/2017

ATAS/463/2018

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

**Arrêt du 31 mai 2018**

**5<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à CHATELAINE

recourant

contre

ASSURA SA, sise Avenue C.-F. Ramuz 70, PULLY

intimée

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

---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_, né le \_\_\_\_\_ 1952, est au bénéfice d'une assurance obligatoire des soins (AOS) auprès d'Assura Basis SA (ci-après : Assura) depuis février 2012.
2. Par courrier du 3 juillet 2017, Assura a communiqué à l'assuré qu'il avait atteint l'âge de la retraite et l'a informé que l'assurance-accidents professionnelle expirait le trentième jour suivant la fin de l'activité professionnelle. Cela étant, son contrat auprès d'Assura devait être adapté, à moins qu'il n'apportât la preuve d'être assuré contre le risque d'accidents conformément à la loi fédérale sur l'assurance-accidents. En cas de maintien d'une activité professionnelle, Assura l'a invité à lui transmettre un document établi par son employeur attestant que la couverture des accidents restait en vigueur ou une attestation de couverture des accidents de l'assureur-accidents obligatoire. Sans nouvelles dans les quinze jours, la couverture d'accidents sera incluse dans le contrat d'AOS avec effet au premier jour du mois suivant.
3. Par courriel du 23 juillet 2017, l'assuré a transmis à Assura un certificat d'assurance de Sanitas Assurances privées SA (ci-après: Sanitas). Selon ce certificat, il était assuré auprès de cette compagnie contre le risque d'accidents dans le cadre d'une assurance complémentaire et soumis aux conditions générales d'assurance (CGA) 10.84.
4. Par courrier du 4 août 2017, Assura a informé l'assuré que l'attestation de Sanitas ne prouvait pas qu'il bénéficiait d'une couverture de l'assurance-accidents obligatoire. En effet, il s'agissait d'un contrat d'assurance complémentaire à l'assurance obligatoire. Aussi, Assura se voyait contrainte de maintenir le risque accident dans l'AOS.
5. Par courriel du 7 août 2017, l'assuré s'est opposé à cette façon de faire, alléguant qu'aucune disposition légale n'autorisait une caisse-maladie à imposer une modification du contrat à une personne affiliée à une AOS. Il a par ailleurs précisé être indépendant depuis 1990, si bien que la loi sur l'assurance-accidents ne s'appliquait pas à sa situation.
6. Par décision du 13 octobre 2017, Assura a confirmé qu'elle incluait le risque d'accident dans l'AOS, dès lors que la couverture de ce risque ne pouvait être suspendue tant que l'assuré n'était entièrement couvert par l'assurance-accidents obligatoire. Or, une assurance privée couvrant ce risque ne pouvait être considérée comme telle.
7. Par courrier du 26 octobre 2017, l'assuré a formé opposition à cette décision, en concluant à son annulation. Il a expliqué être couvert en tant qu'indépendant de manière facultative contre le risque d'accident depuis 1990. Le contrat avait été conclu à l'origine avec La Neuchâteloise, laquelle a été reprise par la Zurich Assurances, puis par Sanitas aux conditions de départ, à savoir une couverture d'accidents intégrale, avec des prestations particulières pour chirurgien et hospitalisation en privé. Cette couverture était conforme à l'assurance-accidents

---

obligatoire et supérieure aux conditions minimales. Ainsi, une couverture d'accidents dans l'AOS ne pouvait lui être imposée.

8. A l'appui de ses dires, l'assuré a notamment joint la proposition d'assurance individuelle contre les accidents pour les personnes non assurées par la LAA, signée le 17 août 1990 avec La Neuchâteloise. Selon cette proposition, l'assuré était au bénéfice d'une couverture assurant un capital en cas d'invalidité et les frais de guérison complète, avec une franchise de CHF 500.-.
9. Par décision du 28 novembre 2017, Assura a rejeté l'opposition de l'assuré, en reprenant pour l'essentiel ses arguments antérieurs. Elle a par ailleurs relevé que la question de savoir si une assurance-accidents privée pouvait être considérée comme équivalente à l'assurance-accidents obligatoire, permettant la suspension du risque d'accidents dans le cadre de l'AOS, s'était posée en 1993 déjà, lors de la préparation de la loi sur l'assurance-maladie. Or, cette équivalence avec une assurance privée avait été expressément refusée, comme cela ressortait des débats parlementaires.
10. Par acte du 26 décembre 2017, l'assuré a recouru contre cette décision, en concluant à son annulation. Il a répété que son contrat conclu en 1990 avait été repris sans interruption ni changement par la Zurich assurances, puis par Sanitas, si bien qu'il avait continué à bénéficier d'une couverture d'accidents intégrale avec prestations particulières pour chirurgien et hospitalisation en privé. Comme il avait le statut d'indépendant lors de la conclusion de la police d'assurance-maladie en 2012 auprès d'Assura, il n'avait pas inclus la couverture des accidents dans l'AOS. Par ailleurs, la loi sur l'assurance-accidents obligatoire prévoyait que les personnes exerçant une activité lucrative indépendante et domiciliées en Suisse pouvaient s'assurer à titre facultatif, si elles ne s'étaient pas assurées à titre obligatoire. Une activation de la couverture des accidents dans son contrat n'avait dès lors pas lieu d'être.
11. Dans sa réponse du 2 février 2018, l'intimée a conclu au rejet du recours, se prévalant de la loi et des débats parlementaires, ainsi que de la doctrine.
12. Dans sa réplique du 15 février 2018, le recourant a persisté dans ses conclusions, en reprenant pour l'essentiel son ancienne argumentation. Il a par ailleurs joint à ses écritures une attestation des Établissements hospitaliers du nord vaudois du 16 octobre 2017, certifiant qu'il avait bénéficié d'une couverture de l'assurance-accidents obligatoire en sa qualité de médecin-chef remplaçant au service de chirurgie du 1<sup>er</sup> janvier au 30 septembre 2017.
13. Dans sa duplique datée du 27 février 2018, l'intimée a conclu à ce que le risque d'accidents fût inclus dans la couverture de l'AOS dès le 1<sup>er</sup> octobre 2017, sur la base de la nouvelle pièce produite. Pour le surplus, elle a relevé qu'un assureur, même autorisé à fournir des prestations d'assurances selon la loi sur l'assurance-accidents obligatoire, pouvait fournir des couvertures d'assurances

complémentaires non soumises à cette loi, mais régies par la loi sur le contrat d'assurance privée, comme dans le cas présent.

14. Dans ses écritures du 19 mars 2018, le recourant a maintenu ses conclusions, en reprenant ses arguments précédents. Il a ajouté que l'intention du législateur ne pouvait pas avoir été d'obliger un travailleur indépendant poursuivant son activité, jusqu'en 2022 dans son cas, de devoir renoncer à une couverture d'assurance complète, incluant le risque professionnel spécifique, à la faveur d'une couverture minimale telle que stipulée dans l'AOS.
15. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, 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) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

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

2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
3. Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si le recourant doit s'assurer obligatoirement contre le risque d'accidents dans le cadre de l'AOS.
4. Le 1<sup>er</sup> janvier 1996, est entrée en vigueur la LAMal, laquelle a aboli la loi fédérale du 13 juin 1911 sur l'assurance-maladie (LAMA) qui s'appliquait jusqu'alors.

Selon l'art. 1a al. 1 LAMal, l'assurance-maladie et sociale comprend l'assurance obligatoire des soins et une assurance facultative d'indemnités journalières (al. 1). Elle alloue des prestations en cas de maladie (al. 2 let. a) et d'accidents, dans la mesure où aucune assurance-accidents n'en assume la prise en charge (al. 2 let. b). Conformément à l'art. 8 LAMal, la couverture des accidents peut être suspendue tant que l'assuré est entièrement couvert pour ce risque, à titre obligatoire, en vertu de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). L'assureur suspend la couverture lorsque l'assuré en fait la demande et apporte la preuve qu'il est entièrement assuré conformément à la LAA, et réduit la prime en conséquence (al. 1). Les accidents sont couverts en vertu de la LAMal, dès que la couverture au sens de la LAA cesse totalement ou en partie (al. 2).

Le libellé de l'art. 8 LAMal est en principe clair et permet la suspension de la couverture uniquement si l'assuré est entièrement couvert pour ce risque dans le cadre d'une assurance-accidents obligatoire régie par la LAA.

---

Néanmoins, comme l'intimée le relève très justement, il pourrait être déduit de l'unique arrêt du Tribunal fédéral rendu à ce sujet qu'une couverture d'assurance privée permet également la suspension de la couverture d'accident en application de l'art. 8 LAMal. En effet, notre Haute Cour a considéré que « ...la personne qui n'est pas soumise à l'assurance-accidents obligatoire ou qui n'a pas contracté une assurance-accidents privée bénéficie automatiquement de la couverture du risque accidents prévue par la LAMal » (RAMA 2001 150 consid. 1b). Toutefois, EUGSTER a expliqué que cet arrêt, qui est au demeurant une opinion isolée, s'appuie sur une mauvaise compréhension d'une prise de position de ce même auteur dans la première version de son commentaire (Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht Sozialsicherheit, ad art. 1 al. 2 let. b LAMal). Par la suite, EUGSTER a précisé qu'une couverture d'assurance privée ne permet pas de prétendre à la suspension de la couverture d'accidents en application de l'art. 8 LAMal (Gebhard EUGSTER, Krankenversicherung, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit / Sécurité sociale, 2016 ch. 202 p. 465; Rechtsprechung des Bundesgericht zum KVG, 2010, ad art. 8 ch. 1 p. 81). Ce faisant, cet auteur s'est fondé sur les travaux préparatoires (BO 1993 p. 1049).

Partant, il doit être admis qu'une suspension de la couverture d'accidents au sens de la LAMal n'est possible que lorsque la personne bénéficie d'une couverture d'assurance-accidents obligatoire ou facultative régie par la LAA.

5. En l'occurrence, il n'est pas contesté que le recourant ne bénéficie pas d'une couverture LAA pour le risque d'accident.

En 1990, il a conclu une assurance privée contre les accidents, soumise à la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA - RS 221.229.1), auprès de La Neuchâteloise. Cependant, à l'époque, la LAMal n'était pas encore en vigueur et l'ancienne loi, la LAMA, ne prévoyait pas une assurance-maladie et accidents obligatoire pour les personnes non salariées. C'est la raison pour laquelle il n'est pas précisé dans les CGA que ce contrat constitue une assurance complémentaire à la LAMal. Le certificat d'assurance de Sanitas précise toutefois qu'il s'agit d'une "Assurance complémentaire (LCA)". De ce libellé doit être déduit qu'il existe une assurance de base assurant le risque d'accident.

En tout état de cause, il résulte de ce qui vient d'être exposé que seule une couverture LAA permet de demander la suspension du risque d'accident dans l'AOS depuis l'introduction de la LAMal en date du 1<sup>er</sup> janvier 1996.

Partant, c'est à raison que l'intimée a inclus le risque d'accidents dans la couverture de l'AOS à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2017, soit dès la fin de la couverture LAA du recourant dans le cadre de son activité pour les Établissements hospitaliers du nord vaudois.

Cela ne signifie cependant pas que l'assurance complémentaire du recourant auprès de Sanitas devienne sans objet et qu'elle soit sans utilité. En effet, cette assurance

couvre des prestations allant au-delà de celles accordées dans le cadre de la LAMal, notamment une hospitalisation en division privée et un capital en cas d'invalidité.

6. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.
7. La procédure est gratuite

\*\*\*

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); 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, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Maya CRAMER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le