



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2287/2004

ATAS/211/2007

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 27 février 2007

En la cause

Monsieur X agissant pour lui et
son enfant Z,
comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Luc ARGAND

recourants

contre

Y CAISSE-MALADIE

intimée

Siégeants Doris WANGELER, Présidente; Juliana BALDE et Karim STECK, Juges

EN FAIT

1. M. X, né le 21 mars 1959, a résidé à Genève dès le mois d'août 1990 avec son épouse. Dès le 1er mars 1991, l'intéressé s'est assuré auprès de Y CAISSE-MALADIE (ci-après la caisse-maladie) pour la couverture des soins en cas de maladie et accident.
2. En novembre 1991, l'intéressé a également assuré auprès de cette caisse-maladie son enfant Z, né le 29 novembre 1991 à Genève, pour la couverture des soins en cas de maladie et accident.
3. En juillet 1995, l'intéressé s'est installé au Chili avec son épouse et ses deux enfants, Z et S.
4. L'intéressé a mandaté la société G ASSURANCES (ci-après G) à Genève pour le représenter auprès de la caisse-maladie.
5. Le 29 novembre 1996, l'épouse de l'intéressé a accouché au Chili d'une petite fille, N.
6. Selon une télécopie adressée le 12 décembre 1996 à G, l'intéressé souhaitait connaître les conditions et tarifs pour étendre, au monde entier ou au Chili, les polices d'assurance-maladie en vigueur, ou pour éventuellement recevoir une proposition de révision ou modification desdites polices, étant précisé que celles-ci avaient été conclues lorsqu'il vivait en Suisse et que toute la famille résidait désormais au Chili.
7. Par télécopie du 23 décembre 1996, G a informé l'intéressé que, renseignements pris auprès de la caisse-maladie, le remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques se ferait sur la base du tarif applicable en Suisse et comme par le passé, les factures devaient être adressées à G pour remboursement. Par ailleurs, en ce qui concernait la couverture à l'étranger, une surprime mensuelle de 25.- fr. était à ajouter à la prime alors en vigueur pour chaque membre de la famille. En cas d'accord, l'intéressé devait retourner, signées et datées, les offres de transfert établies par la caisse-maladie, ainsi qu'une proposition d'assurance pour le nouveau-né.
8. Pendant les années qui suivirent, l'intéressé a payé les primes d'assurances pour lui et sa famille, et la caisse-maladie a, pour sa part, accordé ses prestations en remboursant les frais médicaux encourus par l'intéressé, son épouse et leurs trois enfants, auprès des prestataires de soins chiliens (pièce 21, chargé recourants et pièce 3, chargé intimée).

9. Dès juillet 2002, plusieurs échanges de correspondance ont eu lieu entre G et la caisse-maladie au sujet de la prise en charge, contestée, d'un traitement médical que devait effectuer l'enfant Z aux Etats-Unis.
10. Par courrier du 4 septembre 2002 adressé à G, la caisse-maladie a expliqué qu'en raison de l'entrée en vigueur des accords bilatéraux, elle se voyait dans l'obligation d'examiner les dossiers des personnes qui n'avaient plus leur domicile légal en Suisse, ce qui était le cas des membres de la famille de l'intéressé. Ainsi, vu les contrôles de plus en plus stricts effectués par l'Office fédéral des assurances sociales, elle était contrainte d'annuler, au 31 décembre 2002, la couverture d'assurance obligatoire des soins de l'intéressé et de tous les membres de sa famille. En ce qui concernait les assurances complémentaires, leur couverture pouvait être maintenue, en cas de séjour temporaire à l'étranger au maximum pendant six ans, moyennant la surprime mensuelle de 25.- fr. Cette surprime ayant été introduite le 1er janvier 1997, les assurances complémentaires étaient par conséquent annulées avec effet au 31 décembre 2003.
11. Par courrier du 3 décembre 2002, G a requis de la caisse-maladie une prolongation au 31 mars 2003 des couvertures d'assurance obligatoires de l'intéressé et de sa famille. En ce qui concernait les couvertures d'assurance complémentaires, il convenait qu'elles prennent fin également au 31 mars 2003, à l'exception de celle concernant l'enfant Z, pour laquelle l'échéance au 31 décembre 2003 était préférable.
12. Par courrier du 10 décembre 2002, la caisse-maladie a rappelé que l'intéressé et sa famille ne remplissaient plus les conditions d'affiliation à l'assurance obligatoire. Elle était cependant d'accord de prolonger pour toute la famille la couverture d'assurance obligatoire jusqu'au 31 mars 2003, date à laquelle viendraient également à échéance les assurances complémentaires. Pour l'enfant Z, vu son état de santé, les assurances complémentaires étaient néanmoins prolongées jusqu'au 31 décembre 2003.
13. Dès juin 2003, Me ARGAND, agissant pour le compte de l'intéressé et de l'enfant Z, est intervenu auprès de la caisse-maladie pour obtenir le remboursement des frais de traitement effectués par l'intéressé et son enfant Z aux Etats-Unis entre octobre 2002 et février 2003. La caisse-maladie a maintenu son refus de prise en charge.
14. Faisant suite à la demande de la caisse-maladie, qui souhaitait savoir où l'intéressé avait résidé avec son épouse depuis le 10 janvier 1997, ce dernier a, par courrier du 10 septembre 2003, indiqué qu'il résidait avec sa femme au Chili depuis le 25 juillet 1995. Leur fille N était d'ailleurs née le 29 novembre 1996 au Chili et tous les frais concernant sa naissance avaient été remboursés par la caisse-maladie.

15. Par courrier du 26 septembre 2003, la caisse-maladie a informé l'intéressé que les conditions pour être soumis à la LAMa1 n'étaient, pour lui, sa femme et son fils Z, pas remplies, et cela depuis le 1^{er} janvier 1996.
16. Par décision du 27 septembre 2004, la caisse-maladie a refusé de rembourser les frais de traitements litigieux au motif que la condition de l'urgence prévue par l'article 36 alinéa 2 OAMa1 n'était pas remplie.
17. Agissant au nom et pour le compte de l'intéressé et de l'enfant Z, Maître Luc ARGAND a, par courrier du 6 octobre 2004, formé opposition à la décision du 27 septembre 2004 et conclu à sa nullité, au motif que les parties étaient liées par un contrat d'assurance exclusivement de droit privé.
18. Par décision sur opposition datée du 8 octobre 2004, la caisse-maladie a confirmé sa position. Elle a fait valoir que malgré le fait que la famille ait résidé au Chili depuis le 25 juillet 1995, le contrat d'assurance était régi par la LAMa1, avec comme seule et unique exception le fait que les prestations étaient fournies au Chili en lieu et place de la Suisse.
19. Par acte du 8 novembre 2004, l'intéressé, agissant pour lui et pour son enfant Z, a interjeté recours contre la décision sur opposition. Les recourants ont conclu principalement à ce que le Tribunal de céans se déclare incompétent à raison de la matière, déclare la décision sur opposition nulle, rende une décision d'irrecevabilité, et subsidiairement, ordonne la suspension de la procédure jusqu'à droit jugé sur la compétence du Tribunal de première instance. Ils ont fait valoir que lors de leur départ définitif au Chili en juillet 1995, la caisse-maladie avait accepté de maintenir l'intégralité de la couverture d'assurance de la famille pour le risque maladie. La caisse-maladie avait d'ailleurs remboursé tous les frais médicaux, même non urgents, encourus par la famille au Chili entre 1996 et 2002. Etant donné que les relations contractuelles entre les parties relevaient exclusivement du droit privé, la caisse-maladie n'était pas légitimée à rendre une décision, puis une décision sur opposition; celles-ci étaient par conséquent nulles. Enfin, une demande en paiement contre la caisse-maladie avait été déposée le 15 juillet 2004 auprès du Tribunal de première instance pour les frais que le recourant et son enfant Z avaient encourus aux Etats-Unis.
20. Dans sa réponse du 5 janvier 2005, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition. Elle a expliqué que tous les frais médicaux de l'enfant Z encourus au Chili, pays dans lequel la famille séjournait, avaient été réglés car ils relevaient de l'urgence. Entre novembre 1991 et mars 2003, la prime encaissée pour l'enfant Z correspondait à celle qui avait été approuvée par l'OFAS, soit celle d'un enfant âgé entre 0 et 18 ans domicilié à Genève. Elle a fait valoir que le contrat conclu était régi par la LAMa1, car l'adresse communiquée à son agence était celle d'un courtier à Genève. Cette adresse faisait

office d'élection de domicile. Avec une telle élection de domicile, la famille avait été considérée comme étant domiciliée à Genève.

21. Dans leur réplique du 31 janvier 2005, les recourants ont fait valoir que l'élection de domicile à Genève auprès de G ne pouvait être constitutive de domiciliation en Suisse. Ils ont produit notamment une copie du visa de résident au Chili délivré le 21 juillet 1995 en leur faveur.
22. Par arrêt incident rendu le 22 février 2005, le Tribunal de céans a rejeté la requête des recourants visant à la suspension de la procédure et réservé le fond du litige. Cet arrêt a été confirmé par le Tribunal fédéral des assurances en date du 22 mars 2006 (cause K 39/05).
23. Par ordonnance du 20 septembre 2006, le Tribunal de céans a sollicité l'apport du dossier relatif à la demande en paiement déposée par les recourants contre la caisse-maladie auprès du Tribunal de première instance (cause C/15905/04-3). Il en ressort que par assignation du 15 juillet 2004, les recourants ont conclu à la condamnation de la caisse-maladie au paiement des frais de traitement qu'ils ont encourus aux Etats-Unis entre 2002 et 2003. Le Tribunal de première instance a, par jugement du 15 septembre 2005, ordonné la suspension de l'instruction jusqu'à droit jugé dans la procédure pendante devant le Tribunal de céans. Ce jugement a été confirmé par arrêt de la Cour de justice du 17 février 2006.
24. A la demande du Tribunal de céans, la caisse-maladie a produit, en date des 27 novembre et 8 décembre 2006, les conditions générales et spéciales d'assurance relatives aux prestations dont bénéficiait l'enfant Z.
25. En date du 14 décembre 2006, une copie de ces pièces a été communiquée aux recourants.
26. Le 23 janvier 2007, le Tribunal de céans a informé les parties que la cause avait été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. La question de la compétence *rationae materiae* du Tribunal de céans n'a, dans le cas d'espèce, pas encore été tranchée.

Le Tribunal de céans est certes parti du principe dans les considérants de son arrêt incident du 22 février 2005 - qui ne portait au demeurant que sur la question de la suspension de la présente procédure - que sa compétence *rationae materiae* était établie.

Il y a cependant lieu de relever qu'il n'est parvenu à cette conclusion qu'après avoir estimé, *prima fade*, que les dispositions de droit public étaient applicables au cas d'espèce.

Compte tenu de ce qui précède, le Tribunal de céans se doit de procéder à présent à un examen approfondi du droit applicable et de sa compétence. En particulier, il s'agit dans un premier temps de déterminer si, en 2002-2003, soit lorsque les traitements litigieux ont eu lieu aux Etats-Unis, les rapports d'assurance entre les parties, nés en 1991, étaient régis par le droit privé et/ou par le droit public.

3. a) Le 1^{er} janvier 1996 est entrée en vigueur la nouvelle loi sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMai), qui a remplacé celle du 13 juin 1911 (LAMA). Depuis le 1^{er} janvier 1996, la LAMal régit exclusivement l'assurance-maladie sociale. Les assurances complémentaires sont quant à elles soumises au droit privé, soit la loi du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance - LCA et le droit des obligations.

La LAMal a rendu l'assurance des soins obligatoire pour toute personne domiciliée en Suisse (art. 3 al. 1 LAMal). L'obligation de s'assurer a en outre été étendue par ordonnance, aux personnes qui, sans avoir leur domicile en Suisse, y séjournent ou y exercent une activité (art. 3 al. 3 LAMaI; art. 1 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 - OAMal), aux personnes qui sont occupées à l'étranger par une entreprise ayant son siège en Suisse (art. 4 OAMal), ou qui relèvent d'un service public et qui séjournent à l'étranger (art. 5 OAMal). Certaines personnes peuvent également, si elles exercent une activité lucrative en Suisse, demander à être soumises à l'assurance-maladie suisse (art. 3 et 6 al. 1 OAMa1).

Le domicile qui fonde l'obligation d'assurance, selon l'art. 3 al. 1 LAMal, est défini aux art. 23 à 26 du code civil - CC (art. 1 al. 1 OAMal; ATF 129 V 78 consid. 4.2). Le domicile de toute personne est au lieu où elle réside avec l'intention de s'y établir (art. 23 al. 1 CC). L'enfant sous autorité parentale partage le domicile de ses père et mère ou, en l'absence de domicile commun des père et mère, le domicile de celui de ses parents qui a le droit de garde; subsidiairement, son domicile est déterminé par le lieu de sa résidence (art. 25 al. 1 CC).

La notion de domicile comporte donc deux éléments: l'un objectif, la résidence dans un lieu donné; l'autre subjectif, l'intention d'y demeurer. La jurisprudence actuelle (ATF 127 V 238 consid. 1, 125 V 77 consid. 2a, 120 III 8 consid. 2a) ne se fonde

toutefois pas sur la volonté intime de l'intéressé, mais sur l'intention manifestée objectivement et reconnaissable pour les tiers. L'intention de s'établir peut se concrétiser sans égard au statut de la personne du point de vue de la police des étrangers, des autorités fiscales ou des assurances sociales (ATF 120 III 8 consid. 2b et les références). Par résidence, il faut entendre le fait de séjourner effectivement en un endroit ou un canton déterminé. En règle générale, la présence physique est indispensable tant pour la constitution que pour le maintien du domicile. Selon la doctrine et la jurisprudence, une personne a l'intention de s'établir lorsqu'elle entend séjourner dans un endroit défini pour une période indéterminée et que cette intention est réalisable (cf. ZVW 1957, p. 49 ss ; B. SCHNYDER/E. MURER, Berner Kommentar, Familienrecht : Die Vormundschaft, Bern 1982, No 55 ad art. 376 CC).

b) Des dispositions transitoires ont été édictées pour régler, lors de l'entrée en vigueur de la LAMaI, le cas des rapports d'assurance déjà existants sous l'empire de la LAMA.

Pour les caisses reconnues qui continuaient à pratiquer d'après le nouveau droit, des assurances de soins qu'elles avaient exercées selon l'ancien droit, le nouveau droit s'appliquait à ces assurances dès son entrée en vigueur (art. 102 al. LAMaI). Cela étant, les rapports d'assurance qui existaient lors de l'entrée en vigueur de la loi, avec des personnes qui n'étaient pas assujetties à l'assurance obligatoire des soins et ne pouvaient pas non plus y être soumises sur demande, ne pouvaient être maintenus par les caisses-maladie que jusqu'au 31 décembre 1996 au plus tard et étaient régis jusqu'à cette date par l'ancien droit (art. 132 al. 1 OAMa1). Pour ces personnes, les caisses-maladie avaient la possibilité d'offrir de maintenir les rapports d'assurance sur une base contractuelle après le 31 décembre 1996. Le contrat pouvait être conclu auprès de la même caisse-maladie ou d'un autre assureur au sens de l'art. 11 de la loi. Le financement des prestations, qui correspondaient à celles de l'assurance obligatoire des soins, était régi par les principes de l'assurance-maladie sociale. Les rapports d'assurance étaient quant à eux soumis à la LCA (art. 132 al. 3 OAMa1).

Le maintien des rapports d'assurance sur une base contractuelle a également été prévu pour les personnes qui, après avoir été affiliées à la LAMaI, sortent du champ d'application personnel de cette loi (art. 7a OAMa1).

Cette solution vise notamment les personnes résidant à l'étranger (art. 4 al. 2bis let. a de l'Ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie du 12 avril 1995; P.-Y. GREBER, Quelques questions relatives à la nouvelle loi fédérale sur l'assurance-maladie, RDAF 1996, p. 244, n° 21).

4. En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière

irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

5. En l'espèce, les recourants font valoir qu'ils ont quitté la Suisse et qu'ils résident depuis le mois de juillet 1995 au Chili. L'intimée ne le conteste pas.

Les pièces versées au dossier permettent effectivement de retenir que les recourants se sont installés au Chili en juillet 1995 et qu'ils sont établis depuis lors dans ce pays. A cet égard, on relèvera que le père de l'enfant Z était, depuis le 26 juillet 1995, au bénéfice d'un visa de résident au Chili, valable également pour son fils. Par ailleurs, c'est au Chili que son épouse a accouché, le 29 novembre 1996, d'une petite fille, N. C'est également au Chili qu'entre 1996 et 2002, les recourants, ainsi que les trois autres membres de leur famille, ont subi de nombreux traitements médicaux, et ce de manière régulière. Il ne fait ainsi pas de doute que, pendant cette période, le Chili a constitué le centre permanent de vie et de relations des recourants.

Au vu de l'ensemble de ces éléments, il y a lieu par conséquent de retenir que depuis le mois de juillet 1995, l'enfant Z et son père sont domiciliés au Chili.

6. L'intimée fait valoir que les recourants doivent être considérés comme domiciliés à Genève, vu l'élection de domicile existant auprès de G.

L'avis de l'intimée ne saurait être suivi. En prétendant qu'une élection de domicile vaut domicile civil, l'intimée s'écarte manifestement des éléments déterminants prescrits aux art. 23 al. i et 25 al. 1 CC. Le législateur a certes prévu la possibilité de recourir à un domicile fictif (art. 24 al. 1 CC), mais uniquement lorsque les éléments constitutifs du domicile primaire, tels qu'ils sont fixés par les art. 23 et 25 ne sont pas réunis (RCC 1990 p. 262). Or, tel n'est pas le cas en l'espèce puisque les pièces du dossier ont permis de retenir que les recourants sont domiciliés au Chili depuis juillet 1995. La fixation du domicile civil ne saurait de toute manière faire l'objet d'un choix (ATAS/938/2006).

On peut d'ailleurs raisonnablement douter de la bonne foi de l'intimée lorsqu'elle prétend avoir considéré, sur la base de l'élection de domicile existant auprès de G, que les recourants étaient domiciliés à Genève.

En effet, il convient de relever que c'est en raison de l'absence de domicile légal des recourants en Suisse que l'intimée a mis fin, par courrier du 4 septembre 2002, aux

rapports d'assurance. Par ailleurs, l'intimée a, pendant plus de six ans, encaissé une surprime mensuelle en raison du séjour des recourants à l'étranger. Enfin, si les recourants ont communiqué à l'intimée l'adresse d'un courtier à Genève, c'est parce que les conditions générales d'assurance établies par celle-ci obligent tout assuré séjournant à l'étranger à désigner un représentant en Suisse, chez lequel il est réputé avoir fait élection de domicile (art. 6 règlement de l'assurance à l'étranger (E) du 1 janvier 1992; art. 11 ch. 5 CGA édition 1996; art. 4 al. 3 CGA-I édition 1997). La présomption de l'élection de domicile auprès d'un mandataire en Suisse a sans aucun doute pour but de faciliter l'envoi de communications destinées aux assurés séjournant à l'étranger. Pour les motifs déjà expliqués ci-dessus, cette élection de domicile ne saurait valoir domicile civil.

Enfin, rien au dossier ne laisse supposer que les recourants auraient, entre 1995 et 2003, séjourné en Suisse ou que le père de l'enfant Z aurait, pendant cette période, exercé une activité en Suisse.

Compte tenu de ce qui précède, lors de l'entrée en vigueur de la LAMaI, les recourants n'étaient pas assujettis à l'assurance obligatoire des soins et ne pouvaient pas non plus y être soumis sur demande. Cette situation ne s'est pas modifiée par la suite.

Les rapports d'assurance entre les recourants et l'intimée ont été régis par l'ancien droit jusqu'au 31 décembre 1996. Dès le 1^{er} janvier 1997, lesdits rapports ont été exclusivement soumis au droit privé (LCA et droit des obligations), et ce aussi bien en ce qui concerne les couvertures d'assurance dites complémentaires que celles désignées à tort par l'intimée comme "obligatoires".

Les recourants, qui ne contestent pas l'application du droit privé aux rapports entre les parties, font valoir que l'intimée ne propose pas de produit d'assurance tel que prévu par les art. 7a et 132 al. 3 OAMaI. La question peut certes se poser de savoir si la solution prévue par ces articles, à savoir le maintien des rapports d'assurance sur une base contractuelle, d'une part, et le financement - des prestations correspondant à celles de l'assurance obligatoire des soins - régi par les principes de l'assurance-maladie sociale, d'autre part, est applicable quel que soit le lieu de résidence des personnes assurées. La question peut toutefois rester ouverte dans la mesure où ce point n'est pas de nature à influencer la solution du présent litige. En effet, quand bien même les couvertures d'assurance ne relèveraient pas de l'art. 132 al. 3 OAMaI, les rapports d'assurances entre les parties resteraient tout de même exclusivement soumis au droit privé.

C'est par conséquent exclusivement à l'aune des dispositions du droit privé que le litige opposant les parties doit être tranché. Se pose dès lors la question de la compétence rationae materiae du Tribunal de céans.

-
7. Aux termes de l'art. 56 V al. 1 let. c LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMaI et à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA).

D'après la doctrine et la jurisprudence, 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 (VIRET, Assurances-maladie complémentaires et loi sur le contrat d'assurance, in : LAMaI-KVG, Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, Lausanne 1997, p. 670). Il y a assurances complémentaires à la LAMaI 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 LAMaI, comme c'est le cas par exemple des contrats collectifs perte de gain (cf. JdT 1999 III 106 consid. 4e et 4f). Dans le domaine de l'assurance-accidents, le besoin de couverture complémentaire existe car l'indemnisation n'est pas intégrale, notamment pour permettre aux assurés d'être hospitalisés en division privée ou semi-privée et/ou pour garantir une compensation complète de la perte de revenu consécutive à l'accident (VIRET, Assureurs privées et assurances sociales en Suisse, Cahiers genevois et romands de sécurité sociale 1990 n° 7, p. 138).

Le Tribunal de céans a jugé dans un arrêt du 29 juin 2006, qu'en l'absence de couverture d'assurance-maladie sociale, un contrat d'assurance-maladie n'est pas une assurance complémentaire à l'assurance obligatoire des soins, puisqu'il se substitue à cette dernière (ATAS/583/2006). Dans le cadre de cet arrêt, le Tribunal de céans s'est déclaré incompétent.

8. En l'espèce, les recourants n'ayant pas été affiliés à l'assurance-maladie sociale ou à l'assurance-accidents obligatoire, les couvertures d'assurances pour les soins dont ils ont bénéficié dès le 1^{er} janvier 1997 ne pouvaient pas avoir pour objet de compléter les prestations de ces assurances sociales.

Le Tribunal de céans doit par conséquent se déclarer incompétent *rationae materiae*.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

1. Se déclare incompétent rationae materiae.
2. Dit que la procédure est gratuite.

La greffière

Marie-Louise QUELOZ /

La Présidente :

La secrétaire juriste : Amélia PASTOR

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances privées par le greffe le

- 9 MARS 2007

M.-H. Warin

