

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4680/2009

ATAS/966/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

du 16 septembre 2010

En la cause

Madame B _____, domiciliée à Vessy, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Marc MATHEY-DORET

demanderesse

contre

SOCIETE COOPERATIVE CAISSE-MALADIE DES
MEDECINS SUISSE, sise Oberer Graben 37, 9000 St. Gallen,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michel
BERGMANN

défenderesse

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Maya CRAMER, Sabina MASCOTTO, Valérie
MONTANI et Doris GALEAZZI, juges ; Teresa SOARES et Monique
STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame B_____ (ci-après la demanderesse), née en 1955, exerce la profession d'ophtalmologue à titre indépendant.
2. La CAISSE-MALADIE DES MEDECINS SUISSSES (ci-après la défenderesse) est une société coopérative inscrite au registre du commerce du canton de Saint-Gall. Elle a pour but d'accorder aux associés des indemnités journalières et des indemnités de décès, de les assister à se réintégrer et à regagner leur capacité de travail et de gain, de les orienter dans le domaine de l'assurance, de la sécurité du revenu, de la prévoyance vieillesse et des assurances en général, à l'exclusion de toute aide en cas de conflits, de servir d'intermédiaire pour des contrats en matière de prévoyance et d'assurance au profit des associés, et d'instituer des coopérations avec des banques, des compagnies d'assurances et d'autres prestataires de services (art. 3 des statuts de la défenderesse, version au 1^{er} juillet 2008 ; ci-après les statuts). Pour le surplus, la défenderesse n'est pas un établissement d'assurance concessionnaire soumis à la surveillance de l'Office fédéral des assurances privées (ci-après l'OFAP).
3. La demanderesse est devenue associée de la coopérative à compter du 1^{er} décembre 1992.
4. En 2007, la couverture de prestations de la demanderesse, soit en particulier le montant des indemnités journalières, a été augmentée, à sa demande, avec effet au 1^{er} novembre 2007. À cette occasion, la demanderesse a rempli un questionnaire de santé.
5. En date du 26 mai 2009, la demanderesse a déclaré à la défenderesse un cas d'incapacité de travail de 75%, dès le 6 mai 2009, pour cause de maladie. Les atteintes diagnostiquées étaient un syndrome cervico-vertébral, une périarthrite scapulo-humérale (PSH) gauche et un syndrome myo-facial.
6. Par courrier du 30 juillet 2009, la défenderesse a reconnu le droit aux indemnités journalières, confirmant que les prestations seraient versées à l'échéance d'un délai d'attente de 30 jours, soit dès le 5 juin 2009, pour une incapacité de 75%.
7. Par pli du 29 septembre 2009, la défenderesse exposait à la demanderesse que son cas avait été soumis aux médecins conseils du comité du conseil d'administration, lesquels ont constaté que, selon le rapport du 14 septembre 2009 de la Dresse L_____, spécialiste FMH en médecine interne, les symptômes se sont progressivement déclarés depuis des années et que la demanderesse était en traitement ambulatoire chez ce médecin depuis 2006. La défenderesse demandait des explications à ce sujet, dès lors que la demanderesse n'avait pas mentionné, dans le questionnaire de santé du 14 juin 2007, qu'elle était traitée depuis des années par la Dresse L_____.

8. Par courrier du 1^{er} octobre 2009, la demanderesse a expliqué avoir consulté la Dresse L_____, en 2006 pour la première fois, en raison de douleurs des bras et de l'épaule gauche, avec occasionnellement des douleurs à la nuque. Elle exposait également souffrir de céphalées hémifaciales droites qui se sont progressivement aggravées en 2008, et surtout en 2009, associées à une réduction importante de l'ouverture buccale, très handicapante. Une IRM de l'articulation temporo-mandibulaire a été pratiquée, laquelle a révélé le diagnostic actuel.
9. Par décision du 24 novembre 2009, la défenderesse a signifié à la demanderesse qu'en dissimulant les traitements effectués auprès de la Dresse L_____, qui ont eu lieu avant la demande d'augmentation des indemnités journalières du 14 juin 2007, elle a caché un élément important, empêchant la société de juger correctement de la modification des prestations. Sur la base de l'art. 23, chif. 1, al. 3 des conditions générales pour les associés du plan de prestations B (ci-après les CG), valables à partir du 1^{er} janvier 2003, la défenderesse a exigé de la demanderesse le remboursement de la somme de 28'562 fr. 25, correspondant à la différence entre 600 fr. (montant de l'indemnité journalière après l'augmentation du 1^{er} novembre 2007) et 350 fr. (montant de l'indemnité journalière avant l'augmentation du 1^{er} novembre 2007), soit 250 fr., pour la période courant du 6 mai au 31 octobre 2009 (114,25 jours). La défenderesse exposait enfin que le remboursement se ferait par déduction des indemnités journalières à venir. Un recours contre cette décision était ouvert dans le délai de 30 jours, auprès du conseil d'administration, à dater de la notification de la décision.
10. Par pli du 23 décembre 2009, la demanderesse, par l'intermédiaire de son conseil, a formé recours contre la décision du 24 novembre 2009 auprès du conseil d'administration de la défenderesse.
11. En parallèle, la demanderesse, représentée par son mandataire, saisit le Tribunal cantonal des assurances sociales, le 23 décembre 2009, d'une action en constatation de droit et demande en paiement. En substance, elle expose que le Tribunal de céans est compétent, à raison de la matière et du lieu, en application de l'art. 56V al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), respectivement des art. 21 al. 1 let. a et 22 al. 1 let. a de la loi fédérale sur les fors en matière civile du 24 mars 2000 (LFors ; RS 272). Sur le fond, la demanderesse expose que la décision du conseil d'administration n'est pas conforme à l'art. 6 de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA ; RS 221.229.1), dès lors que l'assureur qui entend se prévaloir d'une réticence et faire valoir les droits qui en découlent (résiliation du contrat, restitution des prestations) doit, sous peine de déchéance, résilier le contrat dans un délai de quatre semaines à compter du moment où il a eu connaissance de la réticence. La demanderesse parvient à la conclusion que la défenderesse est déchue de son droit d'invoquer la réticence, puisqu'elle a fait valoir son droit plus de deux mois après la connaissance des faits. Elle expose enfin, à titre subsidiaire, que dans tous les cas, il

n'y a pas eu de réticence. Elle conclut, sous suite de dépens, à la constatation qu'elle est au bénéfice d'une assurance d'indemnités journalières de base de 600 fr. et d'une assurance d'indemnités journalières d'invalidité de 250 fr. avec effet au 1^{er} novembre 2007, à la condamnation de la défenderesse à lui payer la somme de 25'200 fr. avec intérêts à 5% dès le 11 novembre 2009, puis à la condamnation de la défenderesse à lui payer l'indemnité journalière de 600 fr. au taux d'incapacité de travail médicalement attesté, dès le 25 décembre 2009 jusqu'à cessation de l'arrêt de travail ou cessation du droit aux prestations, plus intérêt de 5% calculé à partir de la date moyenne.

12. Par mémoire de réponse du 4 mars 2010, la défenderesse conclut, sous suite de dépens, à l'irrecevabilité de l'action en constatation et de la demande en paiement. La défenderesse expose qu'elle n'est pas une assurance complémentaire au sens de l'art. 56V al. 1 let. c LOJ, de sorte que le Tribunal de céans n'est pas compétent à raison de la matière. À raison du lieu, la défenderesse fait valoir une élection de for, selon le chiffre IX des statuts, en faveur des tribunaux compétents du canton de Saint-Gall. Sur le fond, elle conclut à la confirmation de la décision querellée, en arguant que la LCA est inapplicable au cas d'espèce et en développant les raisons pour lesquelles la demanderesse a violé l'art. 23 des CG.
13. Selon réplique du 31 mars 2010, la demanderesse rejette les arguments de la défenderesse et maintient son argumentation. Elle sollicite également du Tribunal de céans que les pièces n° 21 et 22 du chargé de la défenderesse, rédigées en langue allemande, soient écartées de la procédure, à défaut d'avoir été traduites. Il en va de même des passages de l'écriture de la défenderesse s'y rapportant.
14. Par duplique du 6 mai 2010, la défenderesse maintient ses arguments et conclusions. Relativement aux pièces produites par elle en langue allemande, elle invoque, en substance, la liberté de la langue, prévue par l'art. 18 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999 (Cst.), qui n'est limitée que par le droit d'exiger devant les tribunaux l'usage exclusif d'une langue officielle de la Confédération.
15. Les prises de position des parties seront développées, en tant que de besoin, dans la partie EN DROIT du présent arrêt.
16. La cause a été gardée à juger le 10 mai 2010.

EN DROIT

1. a) En premier lieu, le Tribunal de céans entend se prononcer sur la recevabilité des pièces n° 21 et 22 produites par la défenderesse et rédigées en langue allemande.

Dans les rapports avec les autorités, la liberté de la langue est limitée par le principe de la langue officielle. En effet, sous réserve de dispositions particulières (par ex. les art. 5 par. 2 et 6 par. 3 let. a de la Convention européenne des droits de l'homme

[CEDH]), il n'existe en principe aucun droit à communiquer avec les autorités dans une autre langue que la langue officielle. Celle-ci est elle-même liée au principe de la territorialité, au sens où elle correspond normalement à la langue qui est parlée dans le territoire concerné. Ces principes ont été formalisés dans la Constitution fédérale, notamment aux art. 18 et 70 (ATF 128 V 37 consid. 2b/aa). Le principe de la territorialité des langues a pour conséquence que les parties doivent s'adresser aux autorités judiciaires cantonales dans la langue officielle du canton. Dans les relations avec les autorités, les cantons peuvent imposer leur langue officielle comme langue judiciaire et exiger la traduction des actes de procédure rédigés dans une autre langue, fût-elle l'une des langues officielles de la Confédération (ATF 128 V 38 consid. 2b/bb).

Dans le canton de Genève, tout document soumis au juge doit être rédigé dans la langue officielle ou accompagné d'une traduction dans cette langue ; cette règle vaut pour tous les écrits émanant directement du juge ou des parties, ainsi que pour les pièces qu'elles produisent (BERTOSSA/GAILLARD/GUYET/SCHMIDT, Commentaire de la loi de procédure civile genevoise, n. 2 et 3 *ad* art. 9 LPC ; BAUER/LÉVY, L'exception de traduction de pièces, *in* SJ 1982 p. 50).

Enfin, ni l'art. 6 CEDH ni la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu ne confèrent au justiciable le droit d'obtenir la traduction dans sa propre langue des pièces du dossier rédigées dans une langue qu'il ne maîtrise pas ou de manière seulement imparfaite (ATF 127 V 227 consid. 2b/bb ; RDAT 2002 I n. 11 p. 190 consid. 2 ; RCC 1983 p. 392 consid. 1).

b) En l'espèce, la langue officielle de la République et canton de Genève est le français, ce qui n'est au demeurant pas contesté par les parties. Aussi, l'usage d'une autre langue que le français, que ce soit dans les écritures ou les pièces produites, même s'il s'agit d'une langue officielle de la Confédération, n'est en principe pas autorisé.

Les pièces litigieuses, soit les pièces n° 21 et 22 du chargé de la défenderesse, sont rédigées en langue allemande. En substance, il y est mentionné que la défenderesse n'est pas soumise à la surveillance de l'OFAP (courriers de 16 janvier 2002 et 6 décembre 2007 de l'OFAP), étant précisé que depuis le 1^{er} janvier 2009, l'organe de surveillance est l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (ci-après la FINMA). La demanderesse ne soutient pas en contester le contenu, ou ne pas le comprendre. Elle l'admet, dans son écriture du 31 mars 2010, en exposant que "le rapport entre cette dernière et son sociétaire relève du contrat d'assurance soumis à la LCA nonobstant le fait que la société coopérative n'est pas un établissement d'assurance soumis à la surveillance en vertu de la LSA - ce qui n'est au demeurant nullement contesté".

Aussi, il apparaît excessif d'exiger la traduction des pièces litigieuses, voire de les écarter de la procédure, alors même que leur contenu est admis par les parties. Les pièces litigieuses seront donc prises en considération dans la mesure de leur pertinence.

2. a) En deuxième lieu, la défenderesse conteste la compétence du Tribunal de céans à raison de la matière.

Conformément à l'art. 56V 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 loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10), et à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20).

Le Tribunal cantonal des assurances sociales est ainsi saisi de l'ensemble du contentieux en matière d'assurances complémentaires privées, tant dans le domaine de l'assurance-maladie que dans celui de l'assurance-accidents, ainsi que l'a reconnu le Tribunal des conflits. A ce sujet, ce dernier a relevé que la volonté du législateur genevois est de ne plus limiter la compétence des tribunaux de droit public aux seules assurances complémentaires offertes par des caisses maladie ou une institution d'assurance privée autorisée par l'office fédéral des assurances sociales, mais d'étendre celle-ci également aux assurances complémentaires offertes par une institution d'assurance privée non autorisée, unifiant ainsi en la matière les voies de recours disponibles aux assurés. Dans cet arrêt, le Tribunal rappelle que les travaux préparatoires insistent ainsi sur le fait que la réforme a pour but de supprimer le système de la césure des voies de droit. Par ailleurs, lorsque l'exposé des motifs se réfère à "un simple prolongement de l'art. 47 alinéas 2 et 3 de la loi fédérale sur la surveillance des entreprises d'assurances du 17 décembre 2004 (LSA)", le législateur expose sa volonté de simplifier et d'harmoniser les procédures afin que celles-ci soient simples et rapides (cf. arrêt du Tribunal des conflits ACOM/55/2005 du 26 août 2005, consid. 2c; PL 8636, Exposé des motifs, p. 22). Il est le lieu de préciser que depuis le 1^{er} janvier 2006, c'est l'art. 85 al. 2 LSA qui prévoit que les cantons, pour les contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de LAMal, instaurent une procédure simple et rapide dans laquelle le juge établit d'office les faits et apprécie librement les preuves.

D'après la doctrine, 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 : LAMal-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 LAMal en tout cas 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 LAMal, comme c'est le cas par exemple des contrats collectifs perte de gain (cf. JdT 1999 III 106 consid. 4e et 4f). De plus, la LAMal consacre une distinction entre l'assurance sociale et les assurances complémentaires sur le modèle de l'assurance-accidents (BRULHART, Quelques remarques relatives au droit applicable aux assurances complémentaires dans le nouveau régime de la LAMal, p. 739). 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 privés et assurances sociales en Suisse, Cahiers genevois et romands de sécurité sociale 1990 n° 7, p. 138).

b) Se pose donc la question de savoir si les prestations litigieuses doivent être considérées comme une assurance complémentaire au sens de l'art. 56V al. 1 let. c LOJ.

La défenderesse est une société coopérative au sens des art. 828 et ss du Code des obligations du 30 mars 1911 (CO ; RS 220). Selon l'art. 841 al. 1 CO, lorsque la qualité d'associé dépend de la conclusion d'un contrat d'assurance avec la société, elle s'acquiert par le fait que l'organe compétent accepte la proposition d'assurance. Quant au 2^{ème} alinéa de cette disposition, il prévoit que les contrats d'assurance qu'une société d'assurance concessionnaire a conclus avec ses membres sont assujettis aux dispositions de la LCA de la même façon que les contrats d'assurance conclus par elle avec des tiers.

En outre, l'art. 101 al. 1 LCA prévoit que la présente loi n'est pas applicable aux contrats de réassurance (chif. 1) et aux rapports de droit privé entre les entreprises d'assurance qui ne sont pas soumises à la surveillance en vertu de l'art. 2 al. 2 LSA et leurs assurés, à l'exception des rapports de droit pour l'exécution desquels les entreprises sont soumises à la surveillance des assurances (chif. 2). À teneur de l'art. 101 al. 2 LCA, ces rapports de droit sont régis par le code des obligations (cf. également BRULHART, Droit des assurances privées, Berne 2008, p. 137, n° 302 et ss).

Dans une cause similaire opposant la défenderesse à un associé, le Tribunal fédéral a jugé que la caisse défenderesse n'est pas un établissement concessionnaire, au sens de l'art. 841 al. 2 CO. On ne saurait donc sans autre se fonder sur celle-ci pour soumettre le rapport d'assurance entre parties au contrat d'assurance. Dans un tel cas, la doctrine majoritaire préconise de rechercher si le rapport d'assurance litigieux est lié à la qualité de sociétaire ou s'il se fonde sur un contrat particulier. Lorsque le rapport juridique trouve son fondement dans les statuts (par exemple

sous forme d'une clause prévoyant l'obligation de verser la prime à titre de contribution au sens de l'art. 832 ch. 3 CO) et que les conditions d'assurance, en tant que dispositions statutaires, sont inscrites au RC, on se trouve dans la première hypothèse. Inversement, lorsque les statuts ne renferment pas de prescriptions sur le type et le montant des primes, à tout le moins sur les bases du calcul de celles-ci, on se trouve dans la seconde hypothèse, cela même à défaut de renvoi exprès à des rapports d'assurance de nature contractuelle. Dans l'affaire, le Tribunal fédéral a estimé que les statuts de la défenderesse ne renvoient pas expressément aux éventuels rapports d'assurance qu'elle serait appelée à nouer avec ses membres. Ils ne définissent pas non plus de tels rapports en fonction de la qualité de sociétaires des assurés. Ce qui est déterminant du point de vue de leur qualification juridique, c'est l'absence de toute clause statutaire sur le type ou le montant des primes, voire sur les bases de leur calcul. Bien plus, en ce qui concerne les primes, les statuts se réfèrent de manière globale aux CG et tarifs des primes, édictés par le conseil d'administration. Ils renvoient en outre aux polices en vigueur conclues avec chacun des membres assurés. Il s'ensuit que les rapports d'assurance entre parties sont de nature contractuelle et qu'ils ne relèvent pas du droit des sociétés (ATF 124 III 30 in JdT 1998 I 351).

Selon la demanderesse, le rapport juridique litigieux relève indéniablement du domaine contractuel et de la LCA, si bien que le Tribunal cantonal des assurances sociales est compétent.

Selon la défenderesse, le litige ne relève pas du droit des assurances privées. En effet, dès lors que la défenderesse n'est pas soumise à la surveillance de l'OFAP (actuellement la FINMA), elle n'est pas une institution d'assurance. Aussi, les rapports juridiques entre les associés et la défenderesse ne sont pas soumis à LCA. Il n'y a donc pas de contrat d'assurance.

En l'espèce, il n'y a pas lieu de s'écarter de la jurisprudence rendue sous l'ATF 124 III 30, nonobstant les contestations de la défenderesse à ce sujet, qui soutient que les juges fédéraux seraient partis du postulat erroné qu'elle était une société coopérative d'assurance non concessionnaire au sens de l'art. 841 CO, ce qui est pourtant bien le cas. Certes, la défenderesse n'est pas soumise à la surveillance de l'OFAP (actuellement la FINMA), en raison du fait que les statuts prévoient que l'associé n'a le droit de recevoir des prestations de la société que dans la mesure où cette dernière peut fournir lesdites prestations par prélèvement sur sa fortune. Il en n'en demeure pas moins que, conformément à l'art. 841 CO, la qualité d'associé dépend de la conclusion d'un contrat d'assurance avec la société. A cet égard, l'art. 6 des statuts le confirme: le candidat, pour être admis, doit remplir le questionnaire établi par la société, le signer et s'engager (dans le cas où il serait admis comme associé) à respecter les statuts, les conditions générales et le règlement des cotisations en vigueur le moment donné. Quant au formulaire d'admission, il s'agit

bien d'un questionnaire de santé et d'un formulaire de demande d'indemnités journalières.

En outre, les statuts de la défenderesse ne renvoient pas expressément aux éventuels rapports d'assurance qu'elle serait appelée à nouer avec ses membres. Ils ne définissent pas non plus de tels rapports en fonction de la qualité de sociétaires des assurés. Ce qui est déterminant du point de vue de leur qualification juridique, c'est l'absence de toute clause statutaire sur le type ou le montant des primes, voire sur les bases de leur calcul. Bien plus, en ce qui concerne les primes, les statuts se réfèrent de manière globale aux conditions générales et tarifs des primes, édictés par le conseil d'administration. Ils renvoient en outre aux polices en vigueur conclues avec chacun des membres assurés.

Conformément à la jurisprudence, il y a donc bien un rapport d'assurance de nature contractuelle.

Cela ne signifie toutefois pas que lesdits rapports sont basés sur la LCA, comme le soutient la demanderesse. Le Tribunal fédéral, dans le jugement précité, expose que les relations contractuelles doivent être examinées sur la base des documents contractuels, à savoir, en particulier, la police en vigueur, mais également les statuts et les CG (ATF 124 III 30 consid. 2c et d). Ce point de vue est d'ailleurs conforme à l'art. 101 al. 1 chif. 2 et al. 2 LCA - qui prévoit que c'est le CO et non la LCA qui s'applique aux rapports de droit privé entre les entreprises d'assurance qui ne sont pas soumises à la surveillance en vertu de l'art. 2 al. 2 LSA et leurs assurés - et, a contrario, à l'art. 841 al. 2 CO. A cet égard, la doctrine préconise l'application des dispositions générales du code des obligations, cas échéant de la LCA à titre supplétif lorsque le CO n'offre pas de solutions satisfaisantes eu égard à la particularité des contrats d'assurance (KUHN/MONTAVON, *Droit des assurances privées*, Lausanne 1994, p. 64 et s; BRULHART, *op. cit.*, n° 304, p. 137).

Aussi, la LCA n'est pas directement applicable au cas d'espèce, même s'il s'agit bien d'un rapport d'assurance.

c) Au vu de ce qui précède, reste à examiner si le rapport d'assurance litigieux doit être considéré comme une contestation relative aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal), et à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA) au sens de l'art. 56V al. 1 let. c LOJ. Il n'est pas certain que le législateur genevois ait envisagé, dans le cadre de l'adoption de l'art. 56V al. 1 let. c LOJ, le cas d'espèce qui présente des éléments singuliers. Ceci étant dit, et pour les motifs qui suivent, l'on peut tant douter du lien matériel entre l'assurance en cause et l'assurance-maladie sociale, soit la vocation à compléter le catalogue des prestations assurées selon la LAMal, que du lien avec la volonté du législateur genevois et le texte de l'art. 56V al. 1 let. c LOJ.

D'une part, la défenderesse propose des prestations qui vont au-delà d'un simple complément à l'assurance de base. Elle propose également des prestations qui ne sauraient être qualifiées de prestations d'assurance, comme par exemple assister les associés à se réintégrer et à regagner leur capacité de travail et de gain, les orienter dans le domaine de l'assurance, de la sécurité du revenu, de la prévoyance vieillesse et des assurances en général, de servir d'intermédiaire pour des contrats en matière de prévoyance et d'assurance au profit des associés, et d'instituer des coopérations avec des banques, des compagnies d'assurances et d'autres prestataires de services. Ainsi, le lien matériel avec l'assurance-maladie sociale fait défaut.

D'autre part, la compétence qui a été accordée au Tribunal de céans pour le contentieux relatif aux assurances complémentaires, en l'espèce des indemnités journalières en cas de maladie, relève soit du domaine de la LAMal, soit du domaine de la LCA et de la LSA. Rappelons que, selon le législateur cantonal, les allègements procéduraux pour l'ensemble du contentieux en matière d'assurances complémentaires ne constituent en réalité qu'un prolongement de l'art. 47 al. 2 et 3 aLSA (actuellement l'art. 85 al. 2 LSA). Or, il a été constaté que la défenderesse n'est pas soumise à la surveillance et que la LCA ne s'applique pas. Eu égard à la volonté du législateur genevois et à la lettre de loi, le lien apparaît trop lâche pour soumettre au Tribunal cantonal des assurances sociales un litige qui relève, au final, exclusivement du droit civil, et en particulier de la partie générale du code des obligations.

Le litige relève ainsi de la compétence du juge civil. Par conséquent, le Tribunal de céans étant incompétent à raison de la matière, la demande est irrecevable.

Aussi, il n'y a pas lieu de trancher encore la question de la compétence du Tribunal à raison du lieu.

3. Aux termes de l'art. 89H al. 3 LPA, une indemnité est allouée au recourant qui obtient gain de cause. Partant, aucune indemnité ne peut être octroyée à la partie intimée ou la défenderesse, de sorte que la défenderesse sera déboutée de sa conclusion dans ce sens.

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

Statuant

conformément à l'art. 56U al. 2 LOJ

1. Déclare la demande irrecevable faute de compétence ratione materiae.
2. Déboute la défenderesse de ses conclusions quant aux dépens.
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 par pli recommandé au Tribunal des conflits, rue du Mont-Blanc 18, 1201 Genève. Le délai ne peut être prolongé. L'acte de recours doit contenir, sous peine d'irrecevabilité, la désignation de la décision attaquée, l'exposé des motifs, l'indication des moyens de preuve et les conclusions du recourant. Les pièces dont dispose le recourant doivent y être jointes.

La greffière

La Présidente
du Tribunal cantonal
des assurances sociales

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

Le secrétaire-juriste :
Jean-Martin DROZ

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique et à l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers par le greffe le