

JUGEMENT DU 24 FÉVRIER 2015

**Tribunal cantonal du Valais
Cour des assurances sociales**

Composition : Eve-Marie Dayer-Schmid, présidente ; Jean-Bernard Fournier et Jean-Pierre Zufferey, juges ; Candido Prada, greffier

en la cause

X_____, demanderesse, représentée par Maître M_____

contre

Y_____ **SA**, défenderesse, représentés par Maître N_____

et

Z_____, dénoncé, représenté par Maître O_____

(art. 7 CPC, art. 2 de l'ordonnance du 13 mars 1996 désignant les autorités et les procédures en matière d'assurance-maladie ; assurances complémentaires, incompétence de l'autorité saisie)

Faits

En 2005, souhaitant se prémunir contre le risque de perte de gain en cas d'accident, X_____, gérante de boulangerie (indépendante) a, par l'intermédiaire de Z_____, conseiller et courtier en assurances au sein de sa raison individuelle A_____, signé un contrat d'assurance avec Y_____ SA [police xxx].

Selon les termes convenus, ce contrat d'assurance (individuel accident) déploie ses effets pour une période de 10 ans à partir du 12 avril 2005 et offre les prestations suivantes :

- Invalidité progressive variante B 80 000 fr.
- Indemnité journalière dès le 16e jour 133 fr.
- Frais de traitement en complément à une caisse maladie : illimités 5 ans plus 100 000.-

Le 15 mai 2006, l'intéressée a été victime d'un accident de la circulation. Malgré des hématomes et contractures multiples, elle n'a pas souhaité être examinée à l'hôpital comme suggéré par les agents de police arrivés sur les lieux de l'accident et s'est rendue à son travail. Elle a en outre déclaré qu'elle consulterait le lendemain son médecin traitant.

En juillet 2006, les douleurs persistant, elle a consulté le Dr B_____, chiropraticien, qui a posé les diagnostics d'entorses lombaires, sacro-iliaque et cervicale basse.

Le 9 octobre 2006, elle a adressé une déclaration de sinistre à son assureur Y_____ et lui a indiqué qu'elle était en incapacité totale de travail depuis le 20 septembre 2006 en raison de son accident du mois de mai précédent.

Son état de santé ne s'améliorant toujours pas, l'intéressée a passé des examens complémentaires qui ont mis en évidence un diagnostic de lésion post-traumatique du labrum de la hanche gauche en lien avec l'accident de mai 2006.

L'assurée a subi une première intervention en septembre 2007, puis une seconde en octobre 2008. A la suite de cette dernière opération visant à implanter et remplacer la surface de la hanche, une coxarthrose post-traumatique est survenue.

Y_____ a pris en charge le sinistre et payé 249 indemnités journalières à son assurée. Cette dernière s'attendait, vu la durée de son incapacité de travail, à se voir verser la totalité des 730 indemnités journalières. Elle s'est donc adressée à son assureur qui lui a opposé une disposition de ses conditions générales (art. 7.1 CGA) pour refuser tout paiement additionnel.

En effet, l'article 7.1 des conditions générales pour l'assurance individuelle contre les accidents de Y_____ restreint dans le temps les paiements d'indemnités journalières en ces termes :

Article 7 / Indemnité journalière en cas d'incapacité temporaire de travail

7.1 La Compagnie verse l'indemnité journalière prévue au contrat pendant la durée du traitement médical, dimanche et jours fériés compris, mais au maximum pendant deux ans à compter du jour de l'accident.

Ne parvenant pas à trouver un accord avec son assureur et renvoyé à mieux agir par le Tribunal du district de C_____ le 15 mai 2014, X_____ a, le 16 juin 2014, ouvert action en paiement contre Y_____ devant la Cour de céans. La demanderesse a conclu au paiement d'une somme totale de 73 633 francs, intérêts moratoires en sus au taux de 5% l'an. Elle a détaillé ses prétentions comme suit :

• Capital d'invalidité	8000 fr.
• Indemnités journalières ((730 jours - 249 jours) x 133 fr.)	63 973 fr.
• Frais de traitement non-remboursés par la caisse-maladie	1660 fr.
	<hr/>
• TOTAL	73 633 fr.

En outre, estimant que Z_____ n'avait pas attiré son attention sur la disposition contractuelle susmentionnée, la demanderesse lui a également dénoncé l'instance le même jour.

Par ordonnances des 25 juin, 22 juillet et 14 août 2014, la partie demanderesse a été invitée à déposer pour les années 2006, 2007 et 2008 ses polices d'assurances maladie et accident, éventuelles polices d'assurances complémentaires ainsi que toutes pièces justificatives concernant la prise en charge par l'assureur compétent des frais liés aux séjours à la Clinique D_____ et à la Clinique E_____.

Il ressort des polices d'assurances produites que l'intéressée bénéficiait d'une couverture maladie et accident auprès de F_____, une société du groupe G_____.

Par ordonnance du 10 décembre 2014, la Cour de céans a interpellé toutes les parties y compris le dénoncé et les a invités à lui faire part de leur détermination quant à sa compétence pour connaître du présent litige.

Par pli du 26 janvier 2015, la défenderesse a indiqué que la compétence du Tribunal lui semblait donnée en l'espèce en référence à l'arrêt 5P.359/2006 du 8 février 2007, mais qu'elle s'en remettait à dire de justice à ce propos.

Par pli du 26 janvier 2015, le dénoncé a conclu à l'incompétence du Tribunal.

Une semaine plus tard, la demanderesse, par pli du 3 février 2015, a confirmé qu'elle s'en remettait également à justice et que dans l'hypothèse où la Cour de céans s'estimerait incompétente, elle requérait la transmission d'office du dossier au tribunal compétent.

Considérant en droit

1. Aux termes de l'article 7 du Code de procédure civile du 19 décembre 2008 (CPC), les cantons peuvent instituer un tribunal qui statue en tant qu'instance cantonale unique sur les litiges portant sur les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale selon la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie. Sur cette base, l'article 5 alinéa 1 lettre a de la loi d'application du code de procédure civile suisse du 11 février 2009 (LACPC, RS/VS 211.1) prévoit que le Tribunal cantonal connaît, en instance cantonale unique, des affaires civiles relevant notamment de l'article 7 CPC. A teneur de l'article 10 chiffre 14 LACPC, l'article 2 alinéa 1 de l'ordonnance cantonale désignant les autorités et les procédures en matière d'assurance-maladie du 13 mars 1996 (RS/VS 832.100) est modifié comme suit : le Tribunal cantonal connaît en tant qu'instance cantonale unique les litiges relatifs aux assurances complémentaires au sens de l'article 12 alinéa 2 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal).

Le Tribunal cantonal a attribué à sa Cour des assurances sociales (art. 19 al. 1 LOJ et art. 65 al. 2 LPJA) la compétence de traiter les litiges relatifs aux assurances complémentaires au sens de l'article 12 alinéa 2 LAMal.

A teneur de l'article 12 LAMal, les caisses-maladie sont des personnes juridiques de droit privé ou public sans but lucratif qui gèrent principalement l'assurance-maladie sociale et qui sont reconnues par le Département fédéral de l'intérieur (al. 1). Les caisses-maladie ont le droit de pratiquer, en plus de l'assurance-maladie sociale au sens de la présente loi, des assurances complémentaires; elles peuvent également pratiquer d'autres branches d'assurance, aux conditions et dans les limites fixées par le Conseil fédéral (al. 2). Les assurances désignées à l'alinéa 2 sont régies par la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance [LCA] (al. 3).

Selon l'article 13 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal), les caisses-maladie peuvent pratiquer les assurances complémentaires prévues à l'article 12, alinéa 2, de la loi, lorsqu'elles y ont été autorisées par le Département fédéral de justice et police. L'article 14 OAMal prévoit en outre que sont considérées comme autres branches d'assurance au sens de l'article 12, alinéa 2, de la loi :

- a. une indemnité de décès de 6000 francs au plus ;
- b. une indemnité de décès par suite d'accident de 6000 francs au plus ;
- c. des indemnités d'invalidité par suite de maladie et d'accident d'au plus 6000 francs chacune ;
- d. une indemnité d'invalidité par suite de paralysie de 70 000 francs au plus.

2.1 En l'espèce, le texte de l'article 2 alinéa 1 de l'ordonnance cantonale désignant les autorités et les procédures en matière d'assurance-maladie ne prête pas à discussion, faisant expressément référence à l'article 12 alinéa 2 LAMal et ne se contentant pas d'un renvoi général à la LAMal, à l'instar de ce qui est prévu dans certains autres cantons. Cette mention expresse de l'article 12 alinéa 2 LAMal désigne les assureurs-maladie sociaux, soit les caisses-maladie agréées offrant des assurances complémentaires en sus de l'assurance obligatoire des soins. Il découle du texte clair de cette disposition que les litiges concernant des assurances privées non reconnues par le Département fédéral de l'intérieur ne sont pas de la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

Cette distinction s'explique par le fait que la possibilité offerte aux cantons par l'article 7 CPC n'implique pas d'attribuer systématiquement à l'instance cantonale unique, en l'occurrence la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, la compétence de traiter des litiges pour lesquels des particuliers ont fait le choix de contracter de manière indépendante avec un assureur privé.

Selon la doctrine, les litiges portant sur les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévus par l'article 7 CPC sont ceux qui sont réglés par l'article 12

alinéa 2 LAMal, à savoir ceux fournis par des assurances-maladie au sens de cette disposition (Vock/Nater in Basler Kommentar, Schweizerische Zivilprozessordnung, 2^{ème} éd. Bâle 2013, N° 1 ad art. 7 CPC, Mosimann, in ZPO Schweizerische Zivilprozessordnung Kommentar, Brunner/Gasser/Schwander, 2011, N° 3 ad art. 7 CPC, Härtsch, in Schweizerische Zivilprozessordnung, Baker & McKenzie, éd. 2010, n° 5 ad. art. 7 CPC).

On ajoutera également que la doctrine considère que dans le cas des assurances de somme proposées par les caisses-maladie (prestation en capital en cas de décès ou d'invalidité), seules celles qui n'excèdent pas les montant-limites de l'article 14 OAMal peuvent être considérées comme complémentaires à l'assurance-maladie sociale (Mosimann, loc. cit.). Une telle interprétation limite assurément l'accès à une instance cantonale unique au sens de l'article 7 CPC, les assurances privées proposant en pratique le plus souvent des montants assurés bien plus élevés que ceux retenus par l'article 14 OAMal.

Compte tenu de ces éléments, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal n'est compétente pour traiter des litiges en matière d'assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale que lorsque le contrat d'assurance complémentaire a été conclu avec une caisse-maladie reconnue par le Département fédéral de l'intérieur (DFI) au sens de l'article 12 alinéa 1 LAMal et autorisée par le Département fédéral de justice et police à pratiquer, conformément à l'article 13 OAMal, les assurances complémentaires prévues à l'article 12 alinéa 2 LAMal.

2.2 En l'espèce, Y_____ SA ne fait pas partie des caisses-maladies agréées par le DFI (voir la liste des assureurs-maladie admis disponible sur son site internet : <http://www.xxx>). Il s'agit donc d'une assurance privée ne proposant que des contrats en application de la LCA, à l'exclusion de prestations prévues par la LAMal.

Dans un arrêt concernant un dossier genevois, le Tribunal fédéral a admis la compétence du Tribunal des assurances sociales du canton de Genève pour juger des cas d'assurances complémentaires, quand bien même ces assurances étaient offertes par des institutions d'assurance privées non autorisées (arrêt du Tribunal fédéral 5P.359/2006 du 8 février 2007). Le raisonnement tenu par le Tribunal fédéral ne peut cependant être transposé au cas d'espèce, en raison du fait que le canton de Genève avait expressément supprimé la référence à l'article 12 LAMal dans sa loi d'application de la LAMal (consid. 4). Ce faisant, il avait fait le choix d'unifier les voies de droit offertes aux assurés et donc étendu la compétence du Tribunal des assurances sociales genevois aux assurances complémentaires offertes par des institutions

d'assurance non autorisées. On peut relever que le canton de Genève a persisté dans cette voie après l'introduction du nouveau CPC, puisque l'article 134 alinéa 1 lettre c de la loi genevoise du 26 septembre 2010 sur l'organisation judiciaire (RS/GE E 2 05) ne mentionne pas l'article 12 alinéa 2 LAMal.

Tel n'a pas été le cas en Valais puisque l'article 2 alinéa 1 de l'ordonnance cantonale désignant les autorités et les procédures en matière d'assurance-maladie fait expressément référence à l'article 12 alinéa 2 LAMal. Dès lors, la défenderesse (Y_____ SA), qui n'est pas une caisse-maladie reconnue et autorisée à pratiquer des assurances complémentaires au sens de cette disposition, ne saurait être atraite devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

3.1 En outre, il ressort de l'examen du contrat conclu entre la demanderesse et la défenderesse qu'il s'agit d'une assurance facultative en cas d'accidents comprenant une indemnité d'invalidité, des indemnités journalières et des frais de traitement en complément à une assurance-maladie.

Bien que l'assurance-accidents soit aussi réglée, à titre subsidiaire, dans la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie obligatoire (art. 1a al. 2 let. b LAMal) et qu'une partie non négligeable de la population (indépendants et non actifs) est, de fait, assurée pour le risque d'accident par le biais d'une caisse maladie, une telle couverture n'assure en soi pas le risque de la maladie, mais comble l'absence d'une assurance-accidents obligatoire ou facultative selon la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents. En outre, une assurance complémentaire à l'assurance-accidents est, par définition, destinée à couvrir un risque qui ne l'est pas par l'assurance-accidents et non par l'assurance-maladie (arrêt fribourgeois 608 2013 57 du 23 avril 2013; Felix Hunziker-Blum, Der Rechtsweg bei Zusatzversicherungen zur Krankenversicherung : eine « Zivilisierung » durch die kantonalen Gesetzgeber liegt im Interesse aller Beteiligten, in : PJA 2008 p. 726, 728 in fine; contra Sara Lehner, Zum Begriff der « Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung » in Sinne der Schweizerischen ZPO, in: BJM 2010 p. 169, 185).

3.2 En l'espèce, il s'agit d'un litige relatif à une assurance complémentaire à l'assurance-accidents soumise à la LCA qui n'est pas du ressort de la Cour de céans (art. 7 CPC).

4. S'agissant de l'indemnité d'invalidité de 8000 francs réclamée, comme indiqué au considérant 1 in fine, elle excède le montant maximal de 6000 fr. prévu à l'article 14 lettre c OAMal, de sorte que cette prétention ne peut être examinée par le Tribunal.

5. Finalement concernant la conclusion relative aux frais médicaux s'élevant à 1660 francs en lien avec les deux opérations rendues nécessaires à la suite de son accident de 2006, elle doit, dans l'intérêt de la demanderesse, être soumise au même juge appelé à trancher les autres conclusions découlant du contrat litigieux (Gustavo Scartazzini, Marc Hürzeler, Bundesversicherungsrecht, 4^e éd., Bâle, 2012, §16, chiffre marginal 220).

6. Au vu de l'ensemble des éléments développés ci-dessus, la compétence rationae materiae de la Cour de céans doit être niée. Par conséquent, déposée devant une autorité incompétente à raison de la matière, la demande de X_____ doit être déclarée irrecevable, tout comme la dénonciation d'instance.

7. Il est rappelé que la présente cause est régie par la procédure civile (CP) et non pas par la procédure administrative (LPJA). Aux termes de l'article 59 alinéas 1 et 2 lettre b CPC, le tribunal n'entre en matière que sur les demandes et les requêtes qui satisfont aux conditions de recevabilité de l'action (al. 1), une de ces conditions étant sa compétence à raison de la matière et du lieu (al. 2 let. b). En première instance, la transmission d'office n'a pas été voulue par le législateur, compte tenu des charges supplémentaires du tribunal qui y seraient liées. Il n'y a pas de lacune du Code sur ce point, mais un silence qualifié du législateur (Message du Conseil fédéral du 28 juin 2006 relatif au Code de procédure civile, in : FF 2006 p. 6841, 6892 ; François Bohnet, in : Code de procédure civile commenté, Bâle 2011, n. 29 ad art. 63 ; Adrian Staehelin/Daniel Staehelin/Pascal Grolimund, Zivilprozessrecht, 2^e éd. Zurich 2013, p. 171 ss ; Markus Müller-Chen in ZPO Brunner/Gasser/Schwander, Zurich 2011, n. 17 ad art. 63 ; Patrick Schleiffer, in : Schweizerische Zivilprozessordnung, éd. Stämpfli, Berne 2010, n. 5 ad art. 63 ; Tribunal cantonal fribourgeois, arrêt 101 2011-264 du 22 novembre 2011 ; Tribunal cantonal vaudois, arrêt HC / 2014 / 941 du 10 novembre 2014, consid. 3b).

Eu égard à ce qui précède, il n'appartient pas à la Cour de céans, saisie en première instance, de transmettre le dossier d'office à l'autorité qu'elle tiendrait pour compétente.

8.1 Vu le sort du litige, il est renoncé à percevoir des frais (art. 14 al. 2 LTar).

8.2 Au vu de l'activité utilement déployée par le conseil de la partie défenderesse, qui a consisté pour l'essentiel à prendre connaissance de la demande et à rédiger une détermination d'une page, les dépens sont arrêtés à 550 francs (art. 27, 29 al. 2, 32 al. 1 et 35 al. 1 let. a LTar).

Concernant l'activité déployée par le conseil du dénoncé qui a consisté pour l'essentiel à prendre connaissance de la demande et à rédiger une détermination de quatre pages largement inspirées d'un arrêt récent de la Cour de céans (S2 13 19), les dépens sont arrêtés à 1000 francs (art. 27, 29 al. 2, 32 al. 1 et 35 al. 1 let. a LTar).

Prononce

1. La demande est déclarée irrecevable.
2. La dénonciation d'instance auprès de Z_____ est déclarée irrecevable.
3. Il n'est pas perçu de frais.
4. A titre de dépens, X_____ versera à Y_____ SA une indemnité de 550 francs et à Z_____ une indemnité de 1000 francs.

Sion, le 24 février 2015