

# **GE\_GERICHTE ATAS/1372/2012 vom 15. November 2012**

GE Cour de justice, 2012-11-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1372\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1372_2012)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1372/2012 du 15 novembre 2012

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1372/2012 del 15 novembre 2012

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Selon l'art. 37 des conditions générales d'assurances applicables (ci-après : CGA), les tribunaux du domicile suisse des ayant droit sont notamment compétent. Jusqu'au 31 décembre 2010, ce type d'élection de for était admissible en vertu de l'art. 9 de la loi fédérale sur les fors en matière civile, du 24 mars 2000 (Loi sur les fors, LFors ; RS 272) par renvoi de l'art. 46a LCA. Ces dispositions restent applicables malgré l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2011, du code de procédure civile du 19 décembre 2008 (CPC ; RS 272) unifiant la procédure civile, lequel abroge la LFors. En effet, la présente procédure était déjà en cours au moment de l'entrée en vigueur du CPC (art. 404 CPC). La demanderesse étant domiciliée dans le canton de Genève, les tribunaux genevois sont compétents. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 4 et let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, tant 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-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal; RS 832.10) que 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). Dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le

A/4370/2010 - 10/18 - Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

Selon l'art. 12 al. 2 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10), les caisses-maladie ont le droit de pratiquer, en plus de l'assurance-maladie sociale, des assurances complémentaires. L'art. 12 al. 3 LAMal précise que ces assurances sont régies par la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA; RS 221.229.1). Dans la présente affaire, il n'est pas contesté que les relations d'assurance ressortent de l'assurance complémentaire à l'assurance maladie. Par ailleurs, l'art. 2.4 des conditions générales prévoit que le contrat est notamment régi par la LCA. En conséquence, les dispositions de la LCA sont applicables.

### **E. 3**

La loi fédérale sur la surveillance des entreprises d'assurance du 17 décembre 2004 (LSA; RS 961.01) ne contenant pas de règles spécifiques concernant les délais relatifs aux contestations de droit privé entre assurances et assurés, la demande est recevable à la forme.

#### **E. 4**

Le litige porte sur la validité de l'art. 8.5 des CGA, dont la demanderesse considère qu'il s'agit d'une clause insolite. Se pose également, cas échéant, la question de l'application de cette disposition, qui nécessite de déterminer si les affections actuelles de la demanderesse constituent une aggravation de l'affection ayant conduit à son invalidité.

#### **E. 5**

En matière d'assurances complémentaires, les parties sont liées par l'accord qu'elles ont conclu dans les limites de la loi, les caisses-maladie pouvant en principe édicter librement les dispositions statutaires ou réglementaires dans les branches d'assurances complémentaires qui relèvent de la liberté contractuelle des parties hormis quelques dispositions impératives en matière d'indemnité journalière (ATF 124 V 201 consid. 3d; ATAS/1104/2006). La LCA ne contient pas de règle d'interprétation des contrats. Comme l'art. 100 LCA renvoie au Code des obligations (loi fédérale du 30 mars 1911 complétant le code civil suisse - CO; RS 220) pour tout ce qu'elle ne règle pas elle-même, la jurisprudence en matière de contrats est applicable. Les conditions générales, lorsqu'elles ont été incorporées au contrat, en font partie intégrante; elles doivent être interprétées selon les mêmes principes que les autres dispositions contractuelles (ATF 133 III 675 consid. 3.3; ATF 122 III 118 consid. 2a; ATF 117 II 609 consid. 6c). En présence d'un litige sur l'interprétation d'une clause contractuelle, le juge doit tout d'abord s'efforcer de déterminer la commune et réelle intention des parties, sans s'arrêter aux expressions ou dénominations inexacts dont elles ont pu se servir, soit par erreur, soit pour déguiser la nature véritable de la convention (art. 18 al. 1 CO);

A/4370/2010 - 11/18 - s'il y parvient, il s'agit d'une constatation de fait qui lie en principe le Tribunal fédéral conformément à l'art. 105 LTF. Si la volonté réelle des parties ne peut pas être établie (ce qui est le cas en l'espèce) ou si leurs volontés intimes divergent, le juge doit interpréter les déclarations faites et les comportements selon la théorie de la confiance; il doit donc rechercher comment une déclaration ou une attitude pouvait être comprise de bonne foi en fonction de l'ensemble des circonstances; le principe de la confiance permet ainsi d'imputer à une partie le sens objectif de sa déclaration ou de son comportement, même s'il ne correspond pas à sa volonté intime. L'application du principe de la confiance est une question de droit que le Tribunal peut examiner librement (art. 106 al. 1 LTF); cependant, pour trancher cette question, il doit se fonder sur le contenu de la manifestation de volonté et sur les circonstances, dont la constatation relève du fait (ATF 135 III 410 consid. 3.2 p. 412 s.). Lorsque l'assureur, au moment de conclure, présente des conditions générales, il manifeste la volonté de s'engager selon les termes de ces conditions. Lorsqu'une volonté réelle concordante n'a pas été constatée, il faut donc se demander comment le destinataire de cette manifestation de volonté pouvait la comprendre de bonne foi. Cela conduit à une interprétation objective des termes contenus dans les conditions générales, même si elle ne correspond pas à la volonté intime de l'assureur. Dans le domaine particulier du contrat d'assurance, l'art. 33 LCA précise d'ailleurs que l'assureur répond de tous les événements qui présentent le caractère du risque contre les conséquences duquel l'assurance a été conclue, à moins que le contrat n'exclue certains événements d'une manière précise, non équivoque. Il en résulte que le preneur d'assurance est couvert contre le risque tel qu'il pouvait le comprendre de bonne foi à la lecture du contrat et des conditions générales incorporées à celui-ci; si l'assureur entend apporter des restrictions ou des exceptions, il lui incombe de le dire clairement. Conformément au principe de la confiance,

c'est à l'assureur qu'il incombe de délimiter la portée de l'engagement qu'il entend prendre et le preneur n'a pas à supposer des restrictions qui ne lui ont pas été clairement présentées (ATF 133 III 675 consid. 3.3 p. 682; sous une forme résumée: ATF 135 III 410 consid. 3.2 p. 413).

#### **E. 6**

Aux termes de l'art. 33 LCA, sauf disposition contraire de la présente loi, l'assureur répond de tous les événements qui présentent le caractère du risque contre les conséquences duquel l'assurance a été conclue, à moins que le contrat n'exclue certains événements d'une manière précise, non équivoque. Ainsi, une disposition qui limite le risque assuré n'est valable que si elle exclut de l'assurance certains événements de manière précise et non équivoque. Savoir si une telle condition est remplie dans le cas concret se détermine d'après le sens généralement donné dans le langage courant aux termes utilisés. Il ne s'agit pas de s'en tenir d'emblée à la solution la plus favorable à l'assuré. Il est vrai néanmoins

A/4370/2010 - 12/18 - qu'une clause d'exclusion doit être interprétée "restrictivement" (ATF 118 II 342 consid. 1a; 116 II 189 consid. 2a).

#### **E. 7**

La validité des conditions générales d'affaires préformées doit être limitée par la règle dite de l'inhabituel, ou de l'insolite (Ungewöhnlichkeitsregel), en vertu de laquelle sont soustraites de l'adhésion censée donnée globalement à des conditions générales toutes les clauses inhabituelles, sur l'existence desquelles l'attention de la partie la plus faible ou la moins expérimentée en affaires n'a pas été spécialement attirée (ATF 119 II 443 consid. 1a et les références citées). Pour qu'une clause soit considérée comme insolite, il ne suffit pas que le contractant soit inexpérimenté dans la branche économique en question; il faut en plus de ce critère subjectif que, par son objet, la clause considérée soit étrangère à l'affaire, c'est-à-dire qu'elle en modifie de manière essentielle la nature ou sorte notablement du cadre légal d'un type de contrat (ATF 119 II 443 consid. 1a; 109 II 452 consid. 5b et les réf. citées; 5C.74/2002).

#### **E. 8**

Pour les contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10), les cantons prévoient une procédure simple et rapide dans laquelle le juge établit d'office les faits et apprécie librement les preuves (art. 85 al. 2 de la loi fédérale du 17 décembre 2004 sur la surveillance des entreprises d'assurance - LSA ; RS 961.01). En introduisant cet allègement de procédure, le législateur s'est inspiré des dispositions de droit fédéral motivées par des buts de politique sociale en matière de baux à loyer (art. 274d du code des obligations - CO ; RS 220), de baux à ferme (art. 301 CO) et de contrats de travail (art. 343 CO; ATF 127 III 421 consid. 2 et les références). Selon la jurisprudence rendue en matière de contrat de travail et de bail, le juge doit établir d'office les faits, mais les parties sont tenues de lui présenter toutes les pièces nécessaires à l'appréciation du litige. Ce principe n'est pas une maxime officielle absolue, mais une maxime inquisitoire sociale. Le juge ne doit pas instruire d'office le litige lorsqu'une partie renonce à expliquer sa position. En revanche, il doit interroger les parties et les informer de leur devoir de collaboration et de production des pièces; il est tenu de s'assurer que les allégations et offres de preuves sont complètes uniquement lorsqu'il a des motifs objectifs d'éprouver des doutes sur ce point. L'initiative du juge ne va pas au-delà de l'invitation faite aux parties de mentionner leurs

moyens de preuve et de les présenter. La maxime inquisitoire sociale ne permet pas d'étendre à bien plaisir l'administration des preuves et de recueillir toutes les preuves possibles (ATF 125 III 231 consid. 4a p. 238). Par ailleurs, la maxime inquisitoire laisse le juge libre dans sa manière d'apprécier les preuves et ne lui interdit pas de renoncer à un moyen de preuve par appréciation anticipée. Ni la maxime inquisitoire, ni d'ailleurs le droit à la preuve d'une partie ne sont violés lorsque le juge refuse une mesure probatoire parce qu'il est déjà convaincu qu'une allégation de fait a été établie ou réfutée (en matière de droit à la

A/4370/2010 - 13/18 - preuve, ATF 129 III 18 consid. 2.6 et les arrêts cités). Le principe de la libre appréciation des preuves signifie que le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATF 4A\_253/2007 du 13 novembre 2007, consid. 4.2). Au surplus, la maxime inquisitoire sociale ne modifie pas la répartition du fardeau de la preuve (arrêt 4C.185/2003 du 14 octobre 2003, consid. 2.1). Pour toutes les prétentions fondées sur le droit civil fédéral, l'art. 8 CC, en l'absence de règles contraires, répartit le fardeau de la preuve et détermine, sur cette base, laquelle des parties doit assumer les conséquences de l'échec de la preuve (arrêt du Tribunal fédéral 4C.386/2006 du 18 avril 2007 consid. 4.1, non publié in ATF 133 III 323 et ATF 130 III 321 consid. 3.1). En tant que règle sur le fardeau de la preuve, elle ne s'applique que si le juge, à l'issue de l'appréciation des preuves, ne parvient pas à se forger une conviction dans un sens positif ou négatif (ATF 132 III 626 consid. 3.4 et ATF 128 III 271 consid. 2b/aa). Ainsi, lorsque l'appréciation des preuves le convainc de la réalité ou de l'inexistence d'un fait, la question de la répartition du fardeau de la preuve ne se pose plus (ATF 128 III 271 consid. 2b/aa). Si, à l'issue de l'appréciation des preuves, le juge reste dans le doute, il ne doit appliquer l'art. 8 CC que s'il n'existe pas une règle spéciale de droit fédéral instituant une présomption (ATF 130 III 321 consid. 3.1). Dès lors qu'il conclut qu'une preuve est apportée, le juge n'a plus à appliquer des règles sur le fardeau de la preuve, à l'exemple de l'art. 8 CC, ou des règles instituant des présomptions.

## **E. 9**

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références ; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri- Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000, p. 268). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le

A/4370/2010 - 14/18 - rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C\_773/2007, consid. 2.1). S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). En matière d'assurance indemnités journalières maladie soumise à la LCA, la Chambre des assurances sociales s'est écartée à plusieurs reprises des rapports médicaux de médecins mis en œuvre par un assureur. Tel a notamment été le cas lorsque les conclusions du médecin mandaté par l'assurance divergeaient de toutes les appréciations concordantes effectuées par d'autres médecins (ATAS/1049/2004 du 13 décembre 2004) ou lorsque le médecin mandaté par l'assurance n'avait pu poser de diagnostic et que ses conclusions sur la capacité de travail avaient varié au gré des courriers adressés par les médecins de l'assuré (ATAS/143/2006 du

#### **E. 14**

février 2006). 10. En l'espèce, il convient en premier lieu de déterminer si l'art. 8.5 des conditions générales constitue, comme le pense la demanderesse, une clause insolite dès lors qu'en cas d'admission de ce moyen, il n'y aurait pas lieu de se pencher sur l'application de cette disposition. La demanderesse est l'ayant droit d'un contrat d'assurance conclu notamment à son profit par son ancien employeur. Cette police d'assurance a pour objet l'assurance collective du personnel de cet ancien employeur, en indemnités journalières en cas de maladie. La police d'assurance fait expressément référence aux conditions générales d'assurance, lesquelles prévoient à l'art. 8.5 : « Les employés partiellement invalides ou handicapés qui, en raison de leur état de santé diminué, exercent uniquement une activité à temps partiel dans l'entreprise assurée, doivent être entièrement capables de travailler le jour où ils commencent le travail ou le jour où débute l'assurance pour l'occupation à temps partiel qui a

A/4370/2010 - 15/18 - été convenue. Une aggravation passagère ou durable de l'affection qui a conduit à l'invalidité partielle n'est pas assurée. » Cette disposition énonce ainsi clairement qu'un employé déjà partiellement invalide au moment du début de l'assurance n'est pas couvert pour les conséquences de l'aggravation de l'affection qui a conduit à son invalidité. Il faut constater tout d'abord que cette clause n'apparaît ainsi en rien comme étrangère à l'assurance considérée puisqu'elle ne modifie pas de manière essentielle la nature du contrat ou sort du cadre légal, étant relevé que pour l'ensemble des autres affections éventuelles, la demanderesse reste couverte. De surcroît, cette clause est conforme au principe selon lequel le risque ne doit pas s'être réalisé au moment où le contrat d'assurance est conclu (BRULHART, Droit des assurances privées, 2008, no 427, p. 189) et à la jurisprudence du Tribunal fédéral selon laquelle le risque doit être considéré comme survenu lorsque la maladie s'est déclarée avant la conclusion du contrat et qu'elle

présente des risques de rechute (ATF 127 III 21). Certes, cette jurisprudence a fait l'objet de critiques et il s'agit ici de régler la question d'une aggravation, plutôt que celle d'une rechute. Il n'en demeure pas moins que l'art. 8.5 CGA s'inscrit clairement dans le cadre légal du contrat, et que, de surcroît, elle correspond à un principe général du droit des assurances. Cette disposition n'est ainsi pas insolite. Elle est par ailleurs suffisamment précise et sans équivoque pour être valable. 11. Reste ainsi à l'appliquer. La demanderesse considère que ses affections actuelles sont nouvelles et ne constituent pas une aggravation de ses affections ayant conduit à l'octroi de sa demi-rente d'invalidité en 1989. L'assurance considère quant à elle qu'il s'agit d'une aggravation des affections ayant conduit à l'octroi de ladite demi-rente. Il ressort du dossier AI que la demi-rente octroyée en 1989 l'a été en raison d'un trouble du développement intellectuel dès l'enfance qui a empêché la demanderesse de suivre une scolarité normale et de faire un apprentissage, en raison de faibles capacités intellectuelles. Il s'agissait alors de troubles du développement intellectuel sans limitation physique. En 1994 encore, le Dr A \_\_\_\_\_, médecin traitant de la demanderesse attesta d'une bonne santé physique, seuls persistant les problèmes liés aux troubles du développement intellectuel.

A/4370/2010 - 16/18 - Les affections actuelles concernent des troubles de la marche, avec une tendance aux chutes et à la fatigue, soit des affections physiques. Cela étant, tant le Dr A \_\_\_\_\_ que la Dresse B \_\_\_\_\_, neurologue consultée par la recourante, font état d'une pathologie neurologique dégénérative depuis plusieurs années (rapports médicaux du Dr A \_\_\_\_\_ du 4 avril 2009 et 30 mars 2009 et de la Dresse B \_\_\_\_\_ des 13 octobre 2008 et 26 octobre 2009). La Dresse B \_\_\_\_\_ fut par ailleurs entendue en audience le 8 mars 2012 et a notamment indiqué qu'elle s'était « un peu avancée » en attestant de l'absence de séquelles d'une chute accidentelle survenue à l'âge de 6 mois. Elle est également revenue sur d'autres affirmations, qui semblaient d'ailleurs contradictoires, à savoir que la maladie aurait commencé dans l'enfance et aurait un caractère probablement familial. Il est ainsi difficile de se fonder sur l'avis de ce médecin, d'autant que ce dernier a finalement déclaré ne pas être en mesure d'indiquer si les troubles actuels ont un lien ou la même origine que le retard mental. Le Dr D \_\_\_\_\_, neurologue FMH, a indiqué dans un rapport du 26 juin 2007, qui n'est pas remis en cause par la Dresse B \_\_\_\_\_ ou le Dr A \_\_\_\_\_, que l'examen neurologique montrait essentiellement un réflexe cutané plantaire et une démarche dandinante vraisemblablement séquellaire du problème cérébral survenu à l'âge de 6 mois. Dans ces conditions, la Chambre des assurances sociales considère que l'avis du Dr C \_\_\_\_\_, médecin conseil de l'assureur, du 19 mars 2012, doit être suivi. En effet, ce médecin discute l'ensemble des éléments à disposition de manière convaincante et considère que différents signes parlent en faveur du fait que les atteintes physiques correspondent à l'atteinte centrale due à la débilité dans le contexte d'une maladie neurodégénérative qui s'est lentement péjorée avec pour conséquence une décompensation physique avec péjoration des troubles locomoteurs. Ce médecin précise qu'il s'agit donc d'une seule affection. La Chambre des assurances sociales a ainsi acquis la conviction que l'affection actuelle d'ordre physique constitue bel et bien une aggravation de l'état de santé, se situant certes au moment de l'octroi de la rente invalidité uniquement sur le plan intellectuel, présent depuis 1989 à tout le moins. Il s'en suit qu'il n'y a pas lieu de donner suite à la demande d'audition du Dr A \_\_\_\_\_, ni à la demande visant à la mise sur pied d'une expertise. Il s'en suit également, conformément à l'art. 8.5 des conditions générales d'assurance, que l'incapacité complète de travail dès le 21 novembre 2008 n'est pas

couverte.

A/4370/2010 - 17/18 - C'est donc à bon droit que l'assureur a refusé ses prestations et la demande est mal fondée. 12. La demande sera ainsi rejetée. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 89 H al.1 LPA).

A/4370/2010 - 18/18 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.