

GE_GERICHTE ATAS/396/2016 vom 19. Mai 2016

GE Cour de justice, 2016-05-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_396_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/396/2016 du 19 mai 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/396/2016 del 19 maggio 2016

Erwägungen

E. 1

a. L'art. 73 de la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (LPP; RS 831.40) dispose que chaque canton désigne un tribunal qui connaît, en dernière instance cantonale, des contestations opposant institutions de prévoyance, employeurs et ayants droit (al. 1). Ce tribunal est également compétent pour les contestations avec des institutions lorsque ces contestations résultent de l'application de l'art. 82 al. 2 (al. 1 let. b). Cette disposition régit le traitement équivalent d'autres formes de prévoyance. L'art. 82 LPP prévoit que les salariés et les indépendants peuvent également déduire les cotisations affectées exclusivement et irrévocablement à d'autres formes reconnues de prévoyance assimilées à la prévoyance professionnelle (al. 1). Le Conseil fédéral détermine, avec la collaboration des cantons, quelles formes de prévoyance peuvent être prises en considération et décide dans quelle mesure de telles déductions seront admises pour les cotisations (al. 2). Faisant usage de cette délégation législative, le Conseil fédéral a édicté l'ordonnance du 13 novembre 1985 sur les déductions admises fiscalement pour les cotisations versées à des formes reconnues de prévoyance (OPP 3; RS 831.461.3). L'art. 1 al. 2 OPP 3 dispose que par contrats de prévoyance liée on entend les contrats spéciaux d'assurance de capital et de rentes sur la vie ou en cas d'invalidité ou de décès, y compris d'éventuelles assurances complémentaires en cas de décès par accident ou d'invalidité, qui sont conclus avec une institution d'assurance soumise à la surveillance des assurances ou avec une institution d'assurance de droit public satisfaisant aux exigences fixées à l'art. 67, al. 1 LPP (let. a) et sont affectés exclusivement et irrévocablement à la prévoyance (let. b). Aux termes de l'art. 1 al. 3 OPP 3, par conventions de prévoyance liée on entend les contrats spéciaux d'épargne qui sont conclus avec des fondations bancaires et qui sont affectés exclusivement et irrévocablement à la prévoyance. Ces contrats peuvent être complétés par un contrat de prévoyance risque. Ainsi, les institutions visées à l'art. 82 al. 2 LPP sont les institutions du pilier 3a, soit des fondations bancaires ou des institutions d'assurance qui offrent des contrats de prévoyance lié au sens de

A/1162/2014 - 12/26 - l'art. 1 al. 2 OPP 3 ou des conventions de prévoyance liée au sens de l'art. 1 al. 3 OPP 3 (Ulrich MEYER, Commentaire LPP et LFLP, 2010, n. 17 ad art. 73). Les contrats ou conventions de prévoyance liée au sens de l'art. 82 LPP, affectés exclusivement et irrévocablement à la prévoyance au sens des art. 1er al. 2 et 3 OPP 3, doivent être distingués du compte d'épargne traditionnel, qui ne peut bénéficier du statut particulier du pilier 3a, ainsi que de la police de prévoyance "libre" (ou pilier 3b), dont le preneur a la faculté de disposer à sa guise, sous forme de cession, de mise en gage, d'avances sur police ou de rachat (ATF 121 III 285, consid. 1c; ATF 5A_746/2010 du 12 janvier 2011, consid. 3.1). L'art. 73 LPP a été modifié lors de la première révision de la LPP afin de fixer une seule juridiction pour les contentieux en matière de prévoyance professionnelle et de libre

passage et pour les formes de prévoyance individuelle du pilier 3a (Message du Conseil fédéral relatif à la révision de la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité [1ère révision LPP], FF 2000 2495 p. 2540). En l'espèce, le contrat d'assurance conclu par les parties relève de la prévoyance liée, soit du pilier 3a. Cela ressort en effet clairement de la proposition d'assurance signée par la demanderesse le 25 août 1998 et de celle établie par la suite, le 16 septembre 1998, rééditée le 14 octobre 2009. b. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. b de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), en vigueur depuis le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations relatives à la prévoyance professionnelle opposant institutions de prévoyance, employeurs et ayants droit, y compris en cas de divorce, ainsi qu'aux prétentions en responsabilité (art. 331 à 331e du Code des obligations [CO - RS 220]; art. 52, 56a, al. 1, et art. 73 de la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle, vieillesse, survivants et invalidité du 25 juin 1982 [LPP - RS 831.40]; art. 142 du Code civil [CC - RS 210]). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

a. L'assurance en cause est une police de prévoyance liée au sens de l'art. 1 al. 2 OPP 3 qui est régie, comme toutes les autres polices d'assurance, par la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA - RS 221.229.1 ; RVJ 1996, p. 116 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 78/06 du 21 décembre 2006). Les conditions générales d'assurance (CGA) applicables prévoient à cet égard expressément que le contrat d'assurance conclu est régi, sauf dérogation expresse, par les CGA jointes à la police, ainsi que par le droit suisse, notamment la LCA, la LPP, ainsi que l'OPP3 (conditions complémentaires aux CGA, édition octobre 1995, ch. 2). b. La novelle du 3 octobre 2003 modifiant la LPP (première révision) est entrée en vigueur le 1er janvier 2005 (sous réserve de certaines dispositions dont l'entrée en vigueur a été fixée au 1er avril 2004 et au 1er janvier 2006 [RO 2004 1700]),

A/1162/2014 - 13/26 - entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de la prévoyance professionnelle (RO 2004 1677). Les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 132 III 523 consid. 4.3 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 ; ATF 131 V 9 consid. 1 ; ATF 129 V 1 consid. 1.2 et les références). c. À défaut de disposition de la LPP le prévoyant, la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA – RS 830.1) n'est pas applicable aux litiges en matière de prévoyance professionnelle (art. 2 LPGA), en dehors des cas visés par l'art. 34a LPP (et le renvoi des art. 18 let. c et 23 let. c LPP à l'art. 8 al. 2 LPGA).

E. 3

a. L'ouverture de l'action prévue à l'art. 73 al. 1er LPP n'est soumise, comme telle, à l'observation d'aucun délai (Raymond SPIRA, Le contentieux des assurances sociales fédérales et la procédure cantonale, RJN 1984, p. 19). Le for de l'action est au siège ou domicile suisse du défendeur ou au lieu de l'exploitation dans laquelle l'assuré a été engagé (art. 73 al. 3 LPP). L'art. 46a LCA prévoit en particulier que les assureurs doivent s'acquitter de leurs obligations découlant des contrats d'assurance au domicile suisse de l'assuré ou du preneur d'assurance. Le for se définit selon le code de procédure civile du 19 décembre 2008 (CPC - RS 272). L'art. 17 CPC dispose que, sauf disposition contraire de la loi, les

parties peuvent convenir d'un for pour le règlement d'un différend présent ou à venir résultant d'un rapport de droit déterminé, et que, sauf disposition conventionnelle contraire, l'action ne peut être intentée que devant le for élu. En l'occurrence, les CGA applicables prévoient la compétence des tribunaux du domicile du demandeur s'il se situe en Suisse, ainsi que la compétence des tribunaux genevois (CGA, édition de mars 1998, ch. 17.2 et conditions complémentaires aux CGA, édition d'octobre 1995, ch. 14.2). b. En matière de prévoyance professionnelle, le juge saisi d'une action doit se prononcer sur l'existence ou l'étendue d'un droit ou d'une obligation dont une partie prétend être titulaire contre l'autre partie (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B.91/05 du 17 janvier 2007 consid. 2.1). L'objet du litige devant la juridiction cantonale est déterminé par les conclusions de la demande introduite par l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B.72/04 du 31 janvier 2006 consid. 1.1). C'est ainsi la partie qui déclenche l'ouverture de la procédure et détermine l'objet du litige (maxime de disposition). L'état de fait doit être établi d'office selon l'art. 73 al. 2 LPP seulement dans le cadre de l'objet du litige déterminé par la partie demanderesse. La maxime inquisitoire ne permet pas d'étendre l'objet du litige à des questions qui ne sont pas invoquées (ATF 129 V 450 consid. 3.2). Le juge n'est toutefois pas lié par les conclusions des parties ; il peut ainsi adjuger plus ou moins que demandé à condition de respecter

A/1162/2014 - 14/26 - leur droit d'être entendu (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B.59/03 du 30 décembre 2003 consid. 4.1). En principe, l'objet d'une demande en justice ne peut porter que sur des questions juridiques actuelles dont les conséquences touchent concrètement le justiciable. Cependant, l'art. 73 al. 1 LPP n'exclut pas la possibilité d'une action en constatation. La jurisprudence admet la recevabilité d'une action en constatation si le demandeur a un intérêt digne de protection à la constatation immédiate de rapports de droit litigieux. Un intérêt de fait suffit, pour autant qu'il s'agisse d'un intérêt actuel et immédiat. De manière plus générale, l'intérêt digne de protection requis fait défaut, en règle ordinaire, lorsque la partie peut obtenir en sa faveur un jugement condamnatore; en ce sens, le droit d'obtenir une décision en constatation est subsidiaire (ATF 119 V 11 consid. 2a et les références ; André GRISEL, Traité de droit administratif, 1984, p. 867). Le juge retiendra un intérêt pour agir lorsqu'une incertitude plane sur les relations juridiques des parties et qu'une constatation judiciaire pourrait l'éliminer. Une incertitude quelconque ne suffit cependant pas. Il faut plutôt qu'en se prolongeant, elle empêche le demandeur de prendre ses décisions et qu'elle lui soit, de ce fait insupportable (ATF 122 III 279 consid. 3a; ATF 120 II 20 consid. 3). Il faut également admettre l'existence d'un intérêt digne de protection à la constatation immédiate d'un rapport de droit, lorsque la partie doit limiter son action à une partie seulement de son dommage, parce qu'elle ne peut pas encore chiffrer ni apprécier le reste de son dommage (ATF 99 II 172 consid. 2; voir également l'arrêt du Tribunal fédéral 4C.335/2004 du 3 février 2005 consid. 4.3). c. En l'espèce, la demande en paiement et en constatation de droit du 24 avril 2014, fondée sur l'art. 73 LPP, a été déposée devant la Chambre de céans dans les formes prévues par l'art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA/GE - E 5 10) et au lieu de domicile de la demanderesse, de sorte qu'elle est recevable. La défenderesse conclut cependant à l'irrecevabilité de la conclusion de la demanderesse visant à faire constater son incapacité totale de gain depuis le 21 février 2012, subsidiairement depuis le 1er septembre 2013, aux motifs qu'elle ne porterait pas sur un droit, mais sur un fait, que l'incapacité de gain est sujette à variation et qu'au demeurant, le versement d'une rente annuelle d'incapacité de gain est limité au 1er novembre 2034. La Chambre de céans observe que la demanderesse a

dûment chiffré ses prétentions jusqu'au dépôt de sa demande. Elle conclut en effet à ce que la défenderesse soit condamnée à lui verser une différence de prestations de CHF 21'252.- de février 2012 à janvier 2013 et de CHF 15'939.- d'août 2013 à avril 2014, en se prévalant d'une incapacité de gain totale. On comprend ainsi que la demanderesse conclut, pour le surplus, à ce que son incapacité de gain totale dès le 21 février 2012, subsidiairement dès le 1er septembre 2013, soit constatée afin de fonder son droit à des prestations complètes de la défenderesse après le dépôt de sa demande.

A/1162/2014 - 15/26 - Or, conformément à la jurisprudence précitée, une action en constatation fondée sur l'art. 73 al. 1 LPP n'est pas exclue lorsqu'il existe un intérêt digne de protection à la constatation immédiate d'un rapport de droit litigieux, soit notamment quand la partie doit limiter son action à une partie seulement de son dommage, parce qu'elle ne peut pas encore chiffrer, ni apprécier le reste de son dommage. Tel est manifestement le cas, la demanderesse ne pouvant chiffrer ses prétentions exactes jusqu'à droit jugé sur son cas. Dans la mesure où celles-ci découlent de la reconnaissance d'une incapacité totale de gain, la demanderesse a un intérêt digne de protection à ce que la Chambre de céans se prononce sur cette question pour l'avenir, dans la mesure où les documents médicaux versés à la procédure le permettent. Cela ne préjudicie en aucun cas des obligations de la défenderesse jusqu'au terme du contrat d'assurance prévu le 1er novembre 2034, puisque cette dernière reste libre d'ajuster ses prestations en tout temps, en fonction des constatations médicales rendues. Par conséquent, il convient d'admettre la recevabilité de l'action de la demanderesse, ainsi que de l'ensemble de ses conclusions.

E. 4

Le litige porte ainsi sur le droit de la demanderesse à percevoir de la défenderesse une rente entière d'invalidité et à être libérée du paiement de l'intégralité des primes du 21 février 2012 au 23 janvier 2013 et à compter d'août 2013, périodes durant lesquelles la défenderesse ne lui a reconnu qu'une incapacité de gain partielle.

E. 5

a. Dans la mesure où les 2ème pilier et 3ème pilier lié (3a) servent tous les deux, que ce soit sous une forme collective ou à titre individuel, à la prévoyance professionnelle, il convient de donner aux notions de base utilisées dans les deux régimes une acception identique. Ainsi, il n'y a pas lieu de donner un sens plus étendu à la notion d'invalidité employée dans la prévoyance individuelle liée qu'à celle employée dans le 2ème pilier (arrêt du Tribunal fédéral 2A.292/2006 du 15 janvier 2007 consid. 6.4 ; ATF 141 V 405 consid. 3.2). Ce faisant, les établissements d'assurance peuvent prévoir dans leurs conditions générales d'assurance – à l'instar de ce qui est possible en matière de prévoyance plus étendue – une notion de l'invalidité plus large que celle de l'assurance-invalidité. Toutefois, si elles utilisent dans leurs conditions générales d'assurance une notion d'invalidité déterminée, elles doivent se baser, lors de son interprétation, sur ce que l'on entend par là dans les autres domaines des assurances sociales ou selon les principes généraux du droit (ATF 115 V 208 consid. 2b p. 210 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_218/2015 du 15 octobre 2015). Si une institution de prévoyance s'en tient à la définition de l'assurance-invalidité, elle est liée par l'évaluation de l'invalidité par les organes de cette assurance, à moins que cette évaluation n'apparaisse d'emblée insoutenable (ATF 115 V 208 consid. 2c).

A/1162/2014 - 16/26 - b. Les principes applicables dans le 2ème pilier pour l'adaptation d'une rente d'invalidité doivent s'appliquer à titre subsidiaire et par analogie dans le pilier

3a, pour autant que les conditions d'assurance ne prévoient rien d'autre (ATF 141 V 405 consid. 3). L'art. 17 al. 1 LPGA, aux termes duquel, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée, est applicable par analogie (ATF 141 V 405 consid. 3.6). En effet, à l'instar des rentes de l'assurance-invalidité, celles de la prévoyance professionnelle obligatoire doivent être adaptées ou supprimées dans le cadre d'une révision lorsque les circonstances déterminant le droit aux prestations se sont modifiées (ATF 133 V 67 consid. 4.3.1). L'effet contraignant des constatations de l'AI, qui s'applique dans le domaine de la prévoyance professionnelle obligatoire, ne doit cependant pas s'appliquer à titre subsidiaire dans le pilier 3a (ATF 141 V 439 consid. 4.2).

E. 6

En l'occurrence, il est admis que les parties ont conclu un contrat d'assurance de prévoyance liée et que les CGA, édition de mars 1998, les conditions complémentaire aux CGA, édition d'octobre 1995, et les conditions de l'assurance complémentaire en cas d'incapacité de gain de février 1992 sont applicables au cas d'espèce. En particulier, le chiffre 2 des conditions de l'assurance complémentaire en cas d'incapacité de gain de février 1992 prévoit qu'« il y a incapacité de gain lorsque l'assuré, par suite d'une maladie ou d'un accident, survenu après l'entrée en vigueur de l'assurance, est totalement ou partiellement hors d'état d'exercer sa profession ou toute autre activité rémunérée conforme à sa situation sociale ». Il dispose également qu'« en cas d'incapacité de gain partielle, les prestations sont fixées en proportion du taux d'incapacité de gain. Elles sont toutefois accordées en entier si le taux d'incapacité de gain est égal ou supérieur à 66 2/3 %. Un taux d'incapacité de gain inférieur à 25% ne donne pas droit aux prestations ». Enfin, à teneur du chiffre 4, « le droit aux prestations subsiste aussi longtemps que l'incapacité de gain se poursuit et que son taux ne devient pas inférieur à 25% mais au plus tard jusqu'à l'échéance convenue ».

E. 7

a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

A/1162/2014 - 17/26 - Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération

les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. b. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). c. Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). d. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à

A/1162/2014 - 18/26 - l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). e. En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). f. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans

le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

E. 8

a. 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 319 consid. 5a). b. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle

A/1162/2014 - 19/26 - manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

E. 9

En l'espèce, il n'est pas contesté que la demanderesse ait été en droit de percevoir une rente entière d'invalidité de la défenderesse du 25 octobre 2001 au 20 février 2012, puis du 24 janvier 2013 au 31 juillet 2013, suite à l'intervention chirurgicale subie le 29 janvier 2013, et ait bénéficié d'une libération complète du paiement des primes durant les mêmes périodes. Seules demeurent litigieuses les prétentions de la demanderesse du 21 février 2012 au 23 janvier 2013, puis à compter du 1er août 2013. En effet, sur la base des conclusions des expertises du Dr D_____ du 21 février 2012 et du Dr E_____ du 18 juin 2012, la défenderesse a retenu une incapacité de gain de la demanderesse de 50% du 21 février 2012 au 23 janvier 2013, puis à compter du 1er août 2013, conformément à l'avis de son médecin-conseil, le Dr F_____. Elle a ainsi réduit ses prestations de moitié durant ces périodes. La demanderesse conteste cette appréciation et soutient qu'elle demeurerait dans l'incapacité totale d'exercer une activité professionnelle à 100% postérieurement au 21 février 2012, principalement sur la base de l'expertise réalisée par la Dresse C_____ le 13 janvier 2011, dans le cadre de la dernière procédure de révision menée par l'OAI, et des conclusions du Dr B_____ et de la Dresse G_____. Par ordonnance du 28 janvier 2015, faisant suite aux réquisitions des parties en ce sens, la Chambre de céans a ordonné la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique et neurologique, laquelle a été rendue le 2 novembre 2015.

E. 10

a. Il convient, dès lors, d'examiner de prime abord la valeur probante de l'expertise du 2 novembre 2015. À cet égard, la Chambre de céans constate que cette expertise se base sur le dossier médical de la recourante, son examen clinique et une discussion bidisciplinaire entre

les experts. L'anamnèse est complète et les plaintes de l'assurée ont été prises en considération. La description et l'appréciation de la situation médicale sont claires. Les experts se sont prononcés sur l'évolution de l'état de santé de la requérante, sur sa capacité de travail et sur ses limitations fonctionnelles. Leurs conclusions sont cohérentes et convaincantes. L'expertise réalisée est ainsi conforme aux réquisits jurisprudentiels permettant de lui conférer une pleine valeur probante. b. Encore faut-il examiner si d'autres avis médicaux commandent de s'écarter des conclusions de cette expertise.

A/1162/2014 - 20/26 - En effet, la défenderesse se prévaut, d'une part, des conclusions divergentes du Dr D _____, du Dr J _____ et de son médecin-conseil, le Dr F _____, pour diminuer les prestations dues à la demanderesse. Elle reproche, d'autre part, aux experts de ne pas prendre en considération d'autres activités rémunérées conformes à la situation sociale de la demanderesse, indépendamment de ses éventuelles formations, au regard du marché de l'emploi qui offre des activités rémunérées, à domicile et à temps partiel. Elle estime qu'au vu des limitations retenues par les experts, la demanderesse est à même d'exercer une activité rémunérée conforme à sa situation sociale, à tout le moins à domicile et à 50%. Dans leur rapport du 2 novembre 2015, les experts posent principalement les diagnostics, sur le plan rhumatologique, de lombalgies chroniques persistantes, suite aux six interventions lombaires réalisées entre 1999 et 2013, et, sur le plan neurologique, de volumineuse hernie discale après la chute subie en 1999, de lombalgies chroniques, de douleurs neurogènes, de faiblesse des membres inférieurs et de syndrome d'échec après chirurgie du dos. L'experte rhumatologue observe en particulier que, suite à la reprise chirurgicale du 9 février 2011, les cruralgies droites, dont souffre la demanderesse, se sont améliorées, mais que ses lombalgies ont persisté. Elle relève qu'en février 2012, lorsque le Dr D _____ a examiné la demanderesse, les lombalgies étaient présentes. Cependant, dès le printemps 2012, des cruralgies bilatérales sont à nouveau apparues en plus des lombalgies, raison pour laquelle des injections ont été administrées à la demanderesse à cette période. Par la suite, la demanderesse a dû subir une sixième intervention le 29 janvier 2013, avec comme complication l'apparition d'une parésie, montrant des signes de dénervation aiguë dans les deux quadriceps. À l'examen clinique, l'experte note la persistance d'un important syndrome vertébral lombaire, avec des lombalgies chroniques fluctuantes depuis 1999, mais à nouveau en augmentation depuis quelques mois. Sur le plan fonctionnel, elle observe que la demanderesse est limitée par les douleurs et la raideur, dans les positions debout et assise prolongées de plus de dix à vingt minutes, la marche de plus de vingt à trente minutes, les positions penchées en avant, les ports de charges et les positions accroupies. Elle estime ainsi que, depuis 1999, la capacité de travail de la demanderesse a fluctué entre 0% et 25% et que, depuis l'intervention de janvier 2013, elle est nulle dans toutes les activités. À son sens, en raison des lombalgies persistantes malgré six interventions chirurgicales, il n'y a pas de possibilité de recouvrement total ou partiel de la capacité de gain. L'expert neurologue insiste, quant à lui, sur le fait que le diagnostic du syndrome d'échec après chirurgie du dos permet d'expliquer les douleurs chroniques de la demanderesse, avec des phases d'exacerbation, et juge que ce syndrome était déjà présent avant l'intervention chirurgicale de janvier 2013.

A/1162/2014 - 21/26 - Ainsi, il retient une incapacité de travail totale dans toutes les professions dès le 20 octobre 1999, avec quelques fluctuations par la suite, mais une incapacité complète et définitive à compter du 30 juin 2000. Il rejoint l'experte rhumatologue quant aux limitations fonctionnelles de la demanderesse et relève, pour le

surplus, que même les activités ménagères sont extrêmement difficiles pour la demanderesse. Les experts expliquent notamment que le travail en crèche est impossible, en raison des positions fréquentes debout et accroupie, de la nécessité de se pencher en avant et des ports de charges (enfants). Pour le surplus, ils relèvent que la demanderesse n'a pas d'expériences dans d'autres activités, notamment de sténo-dactylo et de comptable. Quoiqu'il en soit, ils estiment qu'il serait difficile de trouver une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de la demanderesse. La Chambre de céans observe que si les experts n'ont pas formulé des conclusions bidisciplinaires à proprement dit, leurs appréciations respectives sont néanmoins concordantes. En effet, quand bien même l'experte rhumatologue retient une capacité de travail de l'ordre de 25%, tout au plus, pour la période antérieure au mois de janvier 2013, puis totale, et l'expert neurologue une incapacité de travail totale initiale, cela fonde un droit similaire, soit une rente entière et la libération totale du paiement des primes, les CGA applicables prévoyant l'octroi de prestations complètes dès que le taux d'incapacité de gain est égal ou supérieur à 66 2/3 %.

Dans son expertise du 21 février 2012, le Dr D_____ retient, pour sa part, essentiellement le diagnostic de syndrome lombo-vertébral chronique. Il estime que la demanderesse ne peut pas rester en positions statiques prolongées, en porte-à-faux avec le haut du corps ou lever des charges. Ce faisant, il évalue la capacité de travail de la demanderesse dans l'activité d'esthéticienne à un taux de 50%, à répartir en un temps de travail de trois heures le matin et de trois heures l'après-midi, avec un aménagement du poste pour certains soins esthétiques et la possibilité de faire quelques pauses pour se reposer. Or, force est de constater que le Dr D_____ ne fait pas véritablement état d'une amélioration des pathologies de la demanderesse pour justifier son appréciation quant à une augmentation de la capacité de travail de celle-ci. En particulier, le praticien n'explique pas pour quelles raisons il se démarque des conclusions de l'expertise établie par la Dresse C_____ le 13 janvier 2011, dans le cadre de la dernière procédure de révision menée par l'OAI, qui, retenant l'existence d'un important syndrome lombo-vertébral, confirment que la demanderesse demeure dans l'incapacité de travailler à 75%, ce depuis 2001. Le 9 février 2011, l'OAI a d'ailleurs, sur cette base, confirmé le droit de la demanderesse à une rente entière d'invalidité. Par ailleurs, comme l'explique l'experte rhumatologue, le Dr D_____ n'a pris en considération que les lombalgies de la demanderesse, lors de son examen du

A/1162/2014 - 22/26 - 21 février 2012, alors que des cruralgies bilatérales invalidantes sont à nouveau apparues peu de temps après, au printemps 2012. L'expert neurologue indique quant à lui n'avoir pas constaté l'exagération des symptômes rapportée par le Dr D_____ et s'étonne que le Dr E_____ n'ait pas évoqué le syndrome d'échec après chirurgie du dos, dont l'existence est pourtant largement étayée. L'appréciation des Drs D_____ et E_____ ne résiste pas à l'examen des experts, lesquels rejoignent au demeurant les conclusions rendues par une autre experte, la Dresse C_____ dans le cadre de la dernière procédure de révision de l'OAI. Pour ce qui est de la période postérieure à l'intervention de janvier 2013, si l'expert neurologue jugeait déjà la capacité de travail de la demanderesse nulle, en raison du syndrome d'échec après chirurgie du dos, l'experte rhumatologue retient que cette opération a péjoré l'état de santé de la demanderesse, puisque les ENMG réalisés par la suite ont montré des signes de dénervation aiguë. Dans un rapport du 10 juin 2013, le Dr B_____ indique du reste que l'état de santé de la demanderesse ne s'est pas modifié. Par décision du 15 août 2013, l'OAI a retenu une aggravation de l'état de santé de la demanderesse, suite à l'intervention de janvier 2013, et a confirmé son droit à une rente entière d'invalidité, basée sur un degré d'invalidité de 100%, au lieu de 75%. Enfin, dans un

rapport du 11 octobre 2013, la Dresse G _____ a constaté la persistance de troubles sensitifs au niveau des membres inférieurs et une faiblesse dans les quadriceps ; ce médecin, au vu des limitations constatées, a conclu lui aussi que la reprise d'une activité professionnelle quelconque par la demanderesse était compromise, même à un faible pourcentage. Par conséquent, aucun élément n'apparaît propre à remettre en cause l'appréciation des experts, corroborée par les médecins traitants de la demanderesse et par l'expert mandaté par l'OAI. Il y a donc lieu de reconnaître une pleine valeur probante à leur expertise et de suivre leurs conclusions en reconnaissant à la demanderesse une incapacité de travail de l'ordre de 75% à 100% jusqu'au 21 février 2012 et de 100% à compter du 29 janvier 2013.

E. 11

Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que la demanderesse a conservé le droit de recevoir de la défenderesse une rente entière et d'être totalement libérée du paiement des primes postérieurement au 21 février 2012, au vu de la persistance d'un taux d'incapacité de travail minimal de 75%, puis de 100% dès le mois de janvier 2013, soit un taux supérieur à celui de 66 2/3 % requis pour l'octroi de prestations complètes (ch. 2 des conditions de l'assurance complémentaire en cas d'incapacité de gain de février 1992). C'est donc à tort que la défenderesse a réduit de moitié ses prestations du 21 février 2012 au 23 janvier 2013, puis dès le 1er août 2013, les conditions d'une révision du

A/1162/2014 - 23/26 - droit à la rente n'étant manifestement pas remplies au vu de l'expertise rendue le 2 novembre 2015.

E. 12

a. La défenderesse oppose pour le surplus à la demanderesse la prescription de ses prétentions en paiement d'une rente avant le 24 avril 2012, en vertu de l'art. 46 LCA et compte tenu du dépôt de sa demande en paiement et en constatation de droit le 24 avril 2014. De même, elle considère que les créances de la demanderesse en restitution de primes versées à tort sont prescrites pour la période antérieure au 24 avril 2013, sur la base de l'art. 67 CO et au vu du fait que la demanderesse avait une connaissance de son droit à la restitution dès le 21 février 2012, ayant toujours estimé devoir être totalement libérée du paiement des primes du fait de son incapacité totale de gain. b. Sous réserve d'un délai conventionnel plus long (art. 98 al. 1 LCA), les créances qui dérivent du contrat d'assurance se prescrivent par deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation (art. 46 al. 1, 1ère phrase LCA). Cette disposition est applicable à toutes les créances qui, en vertu de la loi ou du contrat, ont leur source dans les rapports d'assurance. Les deux principales situations visées par cette disposition concernent, d'une part, la prétention de l'assureur en paiement de la prime et, d'autre part, la prétention de l'ayant droit à l'exécution de la prestation d'assurance. Comme toute prescription, celle de l'art. 46 LCA peut être interrompue lorsque le débiteur reconnaît la dette (art. 135 ch. a CO) ou lorsque le créancier fait valoir ses droits par l'une des voies énumérées par l'art. 135 ch. 2 CO (cf. ATF 118 II 447 consid. 4c p. 458). La prescription est notamment interrompue, avec pour effet qu'un nouveau délai commence à courir dès l'interruption (art. 137 al. 1 CO), lorsque le créancier fait valoir ses droits par une action devant un tribunal. Conformément à l'art. 138 al. 1 CO, elle est ensuite interrompue et recommence à courir, durant l'instance, à compter de chaque acte judiciaire des parties et de chaque ordonnance ou décision du juge (ATF 133 III 675 consid. 2.3.1). La réserve à l'art. 46 al. 1 LCA de l'art. 41 LPP ne concerne que les contrats conclus entre institution de

prévoyance et institutions d'assurance soumises à la surveillance des assurances et ne s'applique pas aux contrats conclus entre l'institution de prévoyance et le preneur d'assurance (ATAS/616/2008 consid. 4). Lorsque le créancier fait valoir ses droits par des poursuites ou par une action devant un tribunal (art. 135 ch. 2 CO), jurisprudence et doctrine s'accordent pour admettre que la prescription n'est interrompue que jusqu'à concurrence de la somme indiquée (ATF 119 II 339 consid. 1c). S'il entend sauvegarder ses droits, le créancier qui ne connaît pas encore le montant exact de sa créance doit donc, soit interrompre la prescription pour le montant le plus élevé pouvant entrer en ligne de compte, soit accomplir un acte interruptif ne nécessitant pas l'indication d'un montant déterminé, tel que l'action en paiement non chiffrée (art. 42 al. 2 CO) ou

A/1162/2014 - 24/26 - l'action en constatation du fondement juridique de la prétention litigieuse (ATF 133 III 675 consid. 2.3.2, ATF 119 II 339 consid. 1c/aa et les références citées). c. Les prétentions qui ont certes un rapport avec le contrat d'assurance, mais qui ne constituent pas des prétentions légales ou contractuelles, ne tombent pas dans le champ d'application de l'art. 46 LCA (Vincent BRULHART, Droit des assurances privées, 2008, p. 385 n. 385 ; Christoph GRABER, in Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, 2001, no 3 ad art. 46 LCA ; Jean Benoît MEUWLY, La durée de la couverture d'assurance privée, L'échéance du contrat d'assurance et la prescription de l'article 46 alinéa 1 LCA, 1994, p. 207 s. ; ROELLI/KELLER/TÄNNLER, Kommentar zum Schweizerischen Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, tome I, 1968, p. 664 ss). Ainsi, une créance en restitution de prestations versées à tort ne dérive pas du contrat d'assurance lui-même, mais ressortit à l'enrichissement illégitime (ATF 42 II 674 consid. 2a p. 680). Par analogie, il y a lieu de tenir le même raisonnement s'agissant de la créance en restitution de primes versées à tort (ATF 135 III 289 consid. 6.2). Conformément à l'art. 67 CO, l'action pour cause d'enrichissement illégitime se prescrit par un an à compter du jour où la partie lésée a eu connaissance de son droit de répétition, et, dans tous les cas, par dix ans dès la naissance de ce droit. Le lésé n'a connaissance de son droit que lorsqu'il a la possibilité d'intenter une action en justice et qu'il possède les éléments suffisants pour motiver une telle demande (ATF 132 404 consid. 3 p. 407 ; ATF 129 III 503 consid. 3.4 p. 505). d. En l'espèce, il ne ressort pas du dossier que la demanderesse ait entrepris un acte interruptif de prescription avant le dépôt de sa demande du 24 avril 2014. Elle ne le prétend pas non plus. Or, comme le fait valoir à juste titre la défenderesse, le délai de prescription de deux ans prévu à l'art. 46 LCA est applicable aux prétentions en paiement de la rente de la demanderesse et le délai de prescription d'un an de l'art. 67 CO à ses créances en restitution de primes. Le dépôt de la demande du 24 avril 2014 a ainsi interrompu la prescription des prétentions de la demanderesse à une rente entière jusqu'au 24 avril 2012 et à la libération de ses primes jusqu'au 24 avril 2013. Il en résulte que les prétentions de la demanderesse en paiement d'une rente entière entre le 21 février 2012 et le 23 avril 2012 sont effectivement prescrites, ainsi que celles en restitution des primes versées à tort entre le 21 février 2012 et le 23 avril 2013. Par conséquent, la demanderesse a effectivement le droit au paiement d'une rente entière d'invalidité de la part de la défenderesse dès le 24 avril 2012 et à la restitution de ses primes à compter du 24 avril 2013, étant rappelé que la défenderesse ne lui a octroyé que la moitié des prestations, hormis durant la période du 24 janvier 2013 au 31 juillet 2013 où des prestations complètes lui ont d'ores et déjà été allouées.

A/1162/2014 - 25/26 -

E. 13

La demanderesse conclut à un arriéré de CHF 21'252.- sur les prestations dues de février 2012 à janvier 2013 et de CHF 15'939.- sur les prestations dues d'août 2013 à avril 2014, date du dépôt de sa demande, soit un montant total de CHF 37'191.-. La demanderesse précise que le montant mensuel de la rente perte de gain complète est de CHF 1'666.60 (soit 20'000/12), ce qui équivaut au montant journalier de CHF 55.55 dont fait état la défenderesse (soit 1'666.60/30). De même, la prime mensuelle de CHF 208.- indiquée par la demanderesse, représente le montant journalier de CHF 6.93 indiqué par la défenderesse (208/30). Ainsi, du 24 avril 2012 au 23 janvier 2013 (275 jours) et du 1er août 2013 au 24 avril 2014 (267 jours), l'arriéré de rente auquel peut prétendre la demanderesse s'élève en réalité à CHF 15'054.05 ($275 + 267 \times 55.55 / 2$). S'agissant de sa créance en restitution des primes versées à tort entre le 1er août 2013 et le 24 avril 2014, compte tenu du fait que la demanderesse a été totalement libérée du paiement de la prime entre le 24 avril 2013 et le 31 juillet 2013, elle est de CHF 925.20 ($6.93 \times 267 / 2$). La demanderesse peut ainsi prétendre une créance totale de CHF 15'979.25 ($15'054.05 + 925.20$) envers la défenderesse, pour les périodes du 21 février 2012 au 23 janvier 2013 et du 1er août 2013 au 24 avril 2014.

E. 14

Compte tenu de ce qui précède, la demande est partiellement admise, en ce sens que la défenderesse doit à la demanderesse un montant de CHF 15'979.25 (et non de CHF 37'191.-) à titre de prestations arriérées du 21 février 2012 au 23 janvier 2013 et du 1er août 2013 au 24 avril 2014. La Chambre de céans ayant été en mesure de se prononcer sur l'issue du litige, aucune autre mesure d'instruction n'apparaît nécessaire, de sorte qu'il est renoncé aux auditions sollicitées par la demanderesse. La demanderesse obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 3'000.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 89H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA-GE – E 5 10; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 - RFPA - E 5 10.03). Les dépens sont fixés en fonction du nombre d'échanges d'écritures, de l'importance et de la pertinence des écritures, de la complexité de l'affaire et du nombre d'audiences et d'actes d'instruction (ATAS/334/2013). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 73 al. 2 LPP; art. 89H al. 1 LPA- GE).

A/1162/2014 - 26/26 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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