

GE_GERICHTE ATAS/658/2024 vom 27. August 2024

GE Cour de justice, 2024-08-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_658_2024

FR: GE_GERICHTE ATAS/658/2024 du 27 août 2024

IT: GE_GERICHTE ATAS/658/2024 del 27 agosto 2024

Erwägungen

E. 1.1

Conformément à l'art. 7 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 (CPC - RS 272) et à l'art. 134 al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique 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). Selon la police d'assurance, le contrat est régi par la LCA. La compétence de la chambre de céans à raison de la matière pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Elle l'est également à raison du lieu, les conditions générales applicables en l'espèce prévoyant qu'en cas de contestations, le preneur d'assurance, l'assuré ou l'ayant-droit peut choisir les tribunaux suisses de son domicile. Le demandeur a dès lors choisi de saisir le tribunal de son domicile.

E. 1.2

Les litiges relatifs aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie ne sont pas soumis à la procédure de conciliation préalable de l'art. 197 CPC lorsque les cantons ont prévu une instance cantonale unique selon l'art. 7 CPC (ATF 138 III 558 consid. 4.5 et 4.6 ; ATAS/577/2011 du 31 mai 2011), étant précisé que le législateur genevois a fait usage de cette possibilité (art. 134 al. 1 let. c LOJ).

E. 1.3

En effet, la procédure simplifiée s'applique aux litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal (art. 243 al. 2 let. f CPC). La chambre de céans établit les faits d'office (art. 247 al.

E. 2

let. a CPC). La jurisprudence applicable avant l'introduction du CPC, prévoyant l'application de la maxime inquisitoire sociale aux litiges relevant de l'assurance-maladie complémentaire, reste pleinement valable (ATF 127 III 421 consid. 2). Selon cette maxime, 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

A/3941/2023 - 6/11 - 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 plaie l'administration des preuves et de recueillir toutes les preuves possibles (ATF 125 III 231 consid. 4a). La maxime inquisitoire sociale ne modifie pas la répartition du fardeau de la preuve (arrêt du Tribunal fédéral 4C.185/2003 du 14 octobre 2003 consid. 2.1). Pour toutes les prétentions fondées sur le droit civil fédéral, l'art. 8 du Code civil suisse, du 10 décembre 1907 (CC ; RS 210), 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 (ATF 133 III 323 consid. 4.1 non publié ; 130 III 321 consid. 3.1 ; 129 III 18 consid. 2.6 ; 127 III 519 consid. 2a). Cette disposition ne prescrit cependant pas quelles sont les mesures probatoires qui doivent être ordonnées (cf. ATF 122 III 219 consid. 3c ; 119 III 60 consid. 2c). Elle n'empêche pas le juge de refuser une mesure probatoire par une appréciation anticipée des preuves (ATF 121 V 150 consid. 5a). L'art. 8 CC ne dicte pas comment le juge peut forger sa conviction (ATF 122 III 219 consid. 3c ; 119 III 60 consid. 2c ; 118 II 142 consid. 3a). En tant que règle sur le fardeau de la preuve, il 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 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).

E. 2.1

Le litige porte sur la question de savoir si la défenderesse a valablement résilié le contrat d'assurance conclu avec l'entreprise avec effet au 15 octobre 2022, plus singulièrement la question est de savoir si la défenderesse pouvait invoquer une réticence de la part du demandeur.

E. 2.2

La réticence se définit comme l'omission de déclarer ou le fait de déclarer inexactement, lors de la conclusion du contrat, un fait important que celui ayant l'obligation de déclarer connaissait ou devait connaître (art. 6 al. 1 LCA). La notion renvoie aux déclarations obligatoires au sens de l'art. 4 LCA. Selon l'alinéa 1 de cette disposition, celui qui présente une proposition d'assurance doit déclarer par écrit à l'assureur, suivant un questionnaire ou en réponse à toutes autres questions écrites, tous les faits qui sont importants pour l'appréciation du risque, tels qu'ils lui sont ou doivent lui être connus lors de la conclusion du contrat. La question posée par l'assureur doit être rédigée de manière précise et

A/3941/2023 - 7/11 - non équivoque (art. 4 al. 3 LCA ; ATF 136 III 334 consid. 2.3 ; 134 III 511 consid. 3.3.4). Le proposant doit répondre de manière véridique aux questions telles qu'il peut les comprendre de bonne foi ; il n'y a pas de réponse inexacte si la question est ambiguë, de telle sorte que la réponse donnée apparaît véridique selon la manière dont la question pouvait être comprise de bonne foi par le proposant (ATF 136 III 334 consid. 2.3).

E. 2.3

Pour qu'il y ait réticence, il faut, d'un point de vue objectif, que la réponse donnée à la question ne soit pas conforme à la vérité, par omission ou inexactitude; la réticence peut consister à affirmer un fait faux, à taire un fait vrai ou à présenter une vision déformée de la vérité (ATF 136 III 334 consid. 2.3). D'un point de vue subjectif, la réticence suppose que le proposant connaissait ou aurait dû connaître la vérité. Le proposant doit déclarer non seulement les faits qui lui sont connus sans autre réflexion, mais aussi ceux qui ne peuvent lui échapper s'il réfléchit sérieusement à la question posée (ATF 136 III 334 consid. 2.3 ;

134 III 511 consid. 3.3.3).

E. 2.4

Il faut en plus que la réponse inexacte porte sur un fait important pour l'appréciation du risque (art. 4 al. 1 et art. 6 al. 1 LCA). Sont importants tous les faits de nature à influencer sur la détermination de l'assureur de conclure le contrat ou de le conclure aux conditions convenues (art. 4 al. 2 LCA). L'art. 4 al. 3 LCA présume que le fait est important s'il a fait l'objet d'une question écrite de l'assureur, précise et non équivoque. Il s'agit toutefois d'une présomption susceptible d'être renversée. S'il n'appartient pas au proposant de déterminer - à la place de l'assureur - quels sont les éléments pertinents pour apprécier le risque, il n'en demeure pas moins que la présomption sera renversée si le proposant a omis un fait qui, considéré objectivement, apparaît totalement insignifiant. Ainsi, la jurisprudence a admis que celui qui tait des indispositions sporadiques qu'il pouvait raisonnablement et de bonne foi considérer comme sans importance et passagères, sans devoir les tenir pour une cause de rechutes ou des symptômes d'une maladie imminente aiguë, ne viole pas son devoir de renseigner (ATF 136 III 334 consid. 2.4 et les arrêts cités ; 134 III 511 consid. 3.3.4).

E. 2.5

En cas de réticence, l'assureur est en droit de résilier le contrat (art. 6 al. 1 LCA) ; s'il exerce ce droit, il est autorisé à refuser également sa prestation pour les sinistres déjà survenus, si le fait qui a été l'objet de la réticence a influé sur leur survenance ou leur étendue (art. 6 al. 3 LCA). Le droit de résiliation s'éteint quatre semaines après que l'assureur a eu connaissance de la réticence (art. 6 al. 2 LCA).

E. 3.1

À titre liminaire, la chambre de céans constate que les questions du formulaire portaient sur des incapacités de travail passées ou potentielles causées par une maladie et non un accident. En effet, la question en cause est de savoir « si parmi les personnes à assurer il y avait quelqu'un qui pour cause de maladie (excepté cas de grossesse) était (a) actuellement en incapacité de travail (partielle ou totale) ?

A/3941/2023 - 8/11 - (b) avait planifié une incapacité de travail de plus de 30 jours ? (c) avait dû interrompre, suite à une ou plusieurs incapacités de travail, son activité professionnelle durant plus de 60 jours au cours des 24 derniers mois (les jours d'incapacité partielle sont comptés comme des jours entiers)? ». Le texte est clair et ne comporte pas la notion d'accident. Il ne peut dès lors être reproché à l'assuré d'avoir compris cette question (hypothèses a à c) comme étant en lien avec une incapacité de travail préalable due à une maladie et non à un accident. Cependant, il ressort du dossier de la CNA que l'accident du 30 mars 2022 n'expliquait pas la durée de l'arrêt de travail du demandeur au-delà de la fin juillet 2022, quand bien même les indemnités ont été versées jusqu'à cette date sur la base d'une décision du 29 août 2022. Ce dossier met également en évidence des pathologies préalables à l'accident (discopathie et atteinte du genou droit) dont l'une (atteinte du genou droit) n'avait pas été modifiée par l'accident, mais avait donné lieu à un traitement chirurgical par le passé et l'autre (discopathie) avait été décompensée par l'accident pour une durée de quatre mois (fin juillet). Dans la mesure où le demandeur n'a été capable de reprendre le travail qu'après la fin du versement des indemnités de la CNA, soit le 12 septembre 2022, il faut admettre que la pathologie du dos - dont le lien avec l'accident n'était plus établi au-delà du mois de juillet 2022 - est demeurée invalidante jusqu'au 11 septembre 2022, selon le médecin du demandeur. En effet, si la CNA a versé des prestations

pour l'incapacité de travail due à la discopathie jusqu'au 11 septembre 2022, elle a précisé, sans que cela soit contesté ou contestable sur la base du dossier entre les mains de la chambre de céans, que les effets de l'accident sur la discopathie existante avaient pris fin en juillet 2022. L'assuré n'a plus été en incapacité de travail, attestée médicalement, entre le 11 septembre 2022 et le 15 octobre 2022. Le 12 septembre 2022, le demandeur a conclu un contrat de travail avec l'entreprise dont il était seul associé-gérant, conformément auquel l'employeur, soit pour lui le demandeur lui-même, devait conclure un contrat d'assurance perte de gain maladie. Le demandeur a dû pour ce faire remplir un questionnaire médical, le 12 octobre 2022. En répondant par la négative à la question du formulaire de la défenderesse selon laquelle cette dernière voulait savoir si parmi les personnes à assurer il y avait quelqu'un qui était alors en incapacité de travail (partielle ou totale) pour cause de maladie, le demandeur n'a pas menti puisqu'il n'était pas en incapacité de travail, le 12 octobre 2022. À cet égard, il faut rappeler que le médecin traitant du demandeur a indiqué à la demande de la défenderesse, sans qu'un avis médical contraire ne figure au dossier, que son patient avait souffert, depuis le mois de septembre 2022, de gonalgies à gauches et de lombalgies, sans mentionner de cause accidentelle et a précisé que ces atteintes étaient devenues hyperalgiques et invalidantes, le 15 octobre 2022 seulement.

A/3941/2023 - 9/11 - L'assuré n'a pas davantage menti en répondant négativement à la question de savoir si parmi les personnes à assurer, il y avait quelqu'un qui pour cause de maladie (excepté cas de grossesse) avait dû interrompre, suite à une ou plusieurs incapacités de travail, son activité professionnelle durant plus de 60 jours au cours des 24 derniers mois. L'arrêt de travail préalable du demandeur, pour lequel ce dernier avait reçu des prestations de la CNA, résultait certes de la décompensation d'une discopathie préexistante à l'accident du 30 mars 2022 et était ainsi, en partie, due à une atteinte à la santé préexistante d'origine non accidentelle. La discopathie n'était pas invalidante avant l'accident puisque le demandeur travaillait à plein temps. L'atteinte au genou existait elle aussi avant l'accident, de sorte que son origine ne pouvait être considérée comme accidentelle. Il ressort du dossier de la CNA que l'accident n'a d'ailleurs pas modifié l'état du genou droit. En l'absence au dossier d'un arrêt de travail préalable à l'accident pour cause de gonalgie, il ne peut être considéré que cette affection du genou droit ait été invalidante avant l'accident. Dans la mesure où l'incapacité de travail du demandeur a débuté lors de l'accident du 30 mars 2022 et que cet accident était bien à l'origine d'une incapacité de travail jusqu'au 31 juillet 2022, le demandeur pouvait répondre non à la question posée, son incapacité de travail sans lien avec l'accident et donc d'origine malade n'ayant duré que durant le mois d'août et les onze premiers jours en septembre 2022, soit moins de 60 jours. Le demandeur a également répondu par la négative à la question de savoir si parmi les personnes à assurer il y avait quelqu'un qui, pour cause de maladie, avait planifié une incapacité de travail de plus de 30 jours. La chambre de céans constate cependant que l'assuré souffrait du genou gauche à tout le moins depuis le mois de septembre 2022 et du dos depuis plusieurs mois, voire années, puisqu'avant même son accident de mars 2022, il souffrait déjà d'une discopathie. L'accident ayant décompensé celle-ci jusqu'à la fin juillet 2022, l'atteinte résiduelle doit être considérée comme d'origine malade. La chambre de céans peut ainsi tenir pour établi que l'assuré, lorsqu'il a répondu à cette question le 12 octobre 2022, connaissait tant sa discopathie que ses gonalgies à gauche. En répondant par la négative à cette question concernant un arrêt maladie de plus de trente jours, ce qui fût effectivement le cas puisque deux jours plus tard son médecin traitant le mettait en arrêt de travail pour plusieurs mois, l'assuré a menti. Au vu de la chronologie des faits précités, le demandeur ne pouvait pas

ignorer qu'il souffrait du genou gauche et du dos, à tout le moins depuis le mois de septembre 2022, son médecin traitant l'ayant confirmé quand bien même cela n'avait pas fait l'objet d'un arrêt de travail. Le 14 octobre 2022, les douleurs devaient vraisemblablement être intenses, puisque le demandeur a dû se rendre chez son médecin, lequel a alors donné un arrêt de travail à son patient. La chambre de céans retient qu'il est hautement vraisemblable que l'assuré avait

A/3941/2023 - 10/11 - planifié son incapacité de travail laquelle allait durer plusieurs mois pour percevoir des indemnités journalières de l'intimée. La demande, mal fondée, doit dès lors être rejetée.

E. 4

Aucune indemnité ne sera allouée au demandeur au vu du sort de la demande.

E. 5

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC).

A/3941/2023 - 11/11 -

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.