

BGer K 24/03 vom 6. Juni 2003

Bundesgericht, 2003-06-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_K_24_03

FR: TF K 24/03 du 6 juin 2003

IT: TF K 24/03 del 6 giugno 2003

Regeste

Assurance-maladie

Erwägungen

E. 1

Le litige porte sur l'institution d'une réserve d'assurance avec effet rétroactif d'une durée de cinq ans.

E. 2

La loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales (LPGA) du 6 octobre 2000, entrée en vigueur au 1er janvier 2003, n'est pas applicable au présent litige, dès lors que le juge des assurances sociales n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse du 26 avril 2002 (ATF 127 V 467 consid. 1; 121 V 366 consid. 1b).

E. 3

Les litiges portant sur l'institution d'une réserve d'assurance ne concernent pas l'octroi ou le refus de prestations d'assurance. Dans ce domaine, le pouvoir d'examen du Tribunal fédéral des assurances se limite donc aux griefs qui peuvent être invoqués en vertu des art. 104 let. a et b et 105 al. 2 OJ . Cependant, il arrive fréquemment que dans la même procédure de recours soit également litigieux, outre l'institution d'une réserve, le refus de prestations par la caisse. Il faut alors examiner les deux questions de droit litigieuses en se fondant sur le même état de fait, que le Tribunal fédéral des assurances revoit avec un pouvoir d'examen étendu au sens de l' art. 132 OJ (principe de l'attraction). En revanche, l'appréciation juridique dépend de la nature de chacun des points litigieux: pour le litige en matière de prestations, le tribunal n'est pas lié par les conclusions des parties et peut examiner l'opportunité de la décision attaquée; le problème de la réserve ne peut, quant à lui, être examiné que sous l'angle de l' art. 104 let. a OJ et, conformément à l' art. 114 al. 1 OJ , le tribunal est lié par les conclusions des parties sur ce point (ATF 108 V 247 consid. 1b; RAMA 1986 n° K 687 p. 312).

E. 4

Les juges cantonaux ont exposé correctement les règles légales et jurisprudentielles applicables en matière de réticence, de sorte que l'on peut y renvoyer (consid. 2 du jugement entrepris). Il suffit de rappeler que la jurisprudence et la doctrine qualifient de réticence le fait pour l'intéressé de ne pas annoncer à la caisse-maladie tous les faits en relation avec son état de santé qu'il connaît ou devrait connaître et qui sont importants pour l'appréciation du risque (Eugster, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Krankenversicherung, ch. 366).

E. 5

Le recourant conteste avoir violé son obligation d'annoncer lors de la signature de la proposition d'assurance au double motif que, d'une part, il ne connaissait pas, à ce moment, le diagnostic de son affection médicale et que, d'autre part, il avait effectivement déclaré à l'agent d'assurance, qu'il souffrait d'un poignet. Se fondant sur l'instruction qu'elle a effectuée, la caisse intimée a contesté ces faits en procédure ainsi que les conclusions que l'assuré voulait en tirer. Pour sa part, la juridiction cantonale a considéré que l'assuré ne pouvait de bonne foi répondre négativement aux questions portant sur son état de santé, dès lors qu'il devait savoir qu'il était en traitement médical et que son affection n'était pas banale.

E. 6

Selon les faits résultant du jugement entrepris et dont il n'est ni établi ni même allégué qu'ils soient manifestement inexacts ou incomplets, le recourant a souffert d'une affection au poignet droit à partir du mois de janvier 1999. Après une brève accalmie, les douleurs sont réapparues dès le mois de juillet 2000. Un bilan para-clinique - comprenant radiographie, IRM du poignet droit, bilan sanguin, cytologie de ponction articulaire - a été établi et un concilium rhumatologique requis par le docteur C. _____, médecin traitant. Selon le diagnostic posé par la doctoresse B. _____ à l'issue de ces examens en septembre 2000, le recourant souffrait d'une arthropathie destructrice chronique du poignet droit évoluant depuis environ une année, constitutive selon toute vraisemblance d'une polyarthrite rhumatoïde sévère. Dès lors, un traitement impliquant des contrôles médicaux réguliers a été instauré, le patient ayant été par ailleurs informé du caractère chronique, incurable et évolutif de la maladie. Dans ces circonstances, l'allégation du recourant selon laquelle il aurait ignoré le diagnostic de son affection au poignet droit jusqu'au mois de février 2001 (au moins), n'est pas crédible. Supposé établi, ce fait serait également dépourvu de toute pertinence. En effet, d'une part, le médecin traitant atteste - certes sans être en mesure d'en préciser la date - avoir informé son patient; mais surtout, on ne voit pas qu'un patient se soumette plusieurs mois durant à un traitement médical entraînant la prise de médicaments, des injections et des contrôles sanguins sans que, pour autant, il ne pose de questions sur la nature d'une atteinte à sa santé connue de son médecin. Par ailleurs, la prescription de Celebrex ne pouvait laisser de doute dans son esprit sur le fait qu'il souffrait d'arthrose ou de polyarthrite rhumatoïde, comme cela résulte de la notice à l'intention du patient qu'il a déposée en cause. Ainsi, c'est à juste titre que les premiers juges ont déduit de ces faits que le recourant avait l'obligation d'annoncer qu'il suivait un traitement médical, qu'il prenait de médicaments et que leur prise était liée à une affection de nature rhumatismale. Même s'il avait ignoré le diagnostic précis de l'atteinte à sa santé au moment de signer la proposition d'assurance, le recourant ne pouvait pas, en toute bonne foi, considérer ces troubles comme mineurs au regard des traitements entrepris, de leur durée, de leur importance et de la consultation répétée d'un rhumatologue. Au surplus, à la lecture de l'avertissement figurant directement au-dessus de la signature du recourant, celui-ci devait se rendre compte de l'importance de ses réponses aux questions de la caisse intimée. En passant sous silence de manière fautive ces faits, en répondant de manière mensongère aux questions, il a commis une réticence dont, au demeurant, les autres conditions d'application sont également données.

E. 7

C'est en vain que le recourant entend s'exonérer de toute faute au motif qu'il aurait signalé à l'agent d'assurance, le fait d'avoir un problème avec son poignet droit, ce que ce dernier aurait considéré comme banal. En effet, selon le témoignage écrit produit par l'agent fiduciaire du recourant, ce dernier a n'a pas seulement indiqué au courtier de la caisse intimée, lors de la signature de la proposition d'assurance, qu'il avait eu un problème à un poignet. Il a en outre affirmé n'avoir depuis lors souffert d'aucune suite et ne pas être suivi par un médecin à raison de cette affection, ce qui est manifestement contraire aux pièces médicales versées au dossier. Dans ces circonstances, peu importe que, sur la base de déclarations fausses, l'agent d'assurance ait pu croire à une affection banale au point de n'avoir pas à figurer dans le questionnaire médical. Le recourant ne saurait, à l'évidence, bénéficier du fait d'avoir donné oralement des renseignements inexacts, pour pouvoir s'exonérer ensuite de toute faute. Comme établi ci-dessus (consid. 6), l'élément décisif est le fait que le questionnaire médical comportait plusieurs questions auxquelles, fautivement, le recourant a répondu de manière inexacte. La caisse intimée était ainsi fondée à instituer une réserve avec effet rétroactif d'une durée de cinq ans.

E. 8

Sur le vu de ce qui précède, le jugement entrepris n'est pas critiquable et le recours se révèle mal fondé.

E. 9

Le recourant qui succombe supportera les frais de la procédure (art. 134 OJ a contrario).

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