

BGer K 2/04 vom 14. Februar 2005

Bundesgericht, 2005-02-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_K_2_04

FR: TF K 2/04 du 14 février 2005

IT: TF K 2/04 del 14 febbraio 2005

Regeste

Assurance-maladie | Assurance-maladie

Erwägungen

E. 1.1

Le litige porte d'une part sur la validité de la réserve d'assurance rétroactive instaurée par l'intimée et, d'autre part, sur le refus de prestation fondé sur cette réserve.

E. 1.2

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 la réserve qui en constitue le motif, le refus de prestations de 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. 2

Le jugement entrepris expose correctement les règles légales et jurisprudentielles applicables en matière de réticence dans l'assurance facultative d'indemnités journalières sous le régime de la LAMal, de sorte que l'on peut y renvoyer. Il suffit de rappeler que la jurisprudence qualifie de réticence le fait de ne pas annoncer à la caisse, en passant sous silence de manière fautive, une maladie existante ou une maladie antérieure sujette à rechute, que l'assuré connaissait ou devait connaître en faisant preuve de l'attention qu'on pouvait exiger de lui (ATF 125 V 293 consid. 2 et les références). L'obligation de renseigner ne s'étend toutefois pas à des indispositions survenues sporadiquement, qu'en toute bonne foi l'intéressé pouvait considérer comme des atteintes passagères et sans importance à son bien-être et que l'attention requise ne lui commande pas d'annoncer (ATF 109 V 38 consid. 1b et l'arrêt cité). L'étendue de l'attention qu'on peut attendre de l'assuré dépend entre autres circonstances de la précision du questionnaire qui lui est adressé par la caisse; il faut juger avec plus de sévérité le silence de l'intéressé lorsque le questionnaire est établi de manière minutieuse et concrète que lorsqu'il invite à fournir des renseignements

sommaires et abstraits (ATF 96 V 4 consid. 3, ATFA 1967 p. 129; RJAM 1978 n° 309 p. 9).

E. 3

La juridiction cantonale a considéré que B. _____ avait commis une réticence, en répondant négativement à la question lui demandant s'il avait déjà été malade ou accidenté par le passé. Elle a accordé un poids décisif au certificat du docteur A. _____ qui attestait avoir traité le recourant en octobre 2000 pour état dépressif. Or, ce trouble constituait une maladie sujette à rechute, pour laquelle le médecin avait prescrit une médication anti-dépressive, ce que l'assuré n'était pas fondé, selon les premiers juges, à passer sous silence au moment de demander son affiliation. Le recourant objecte qu'il s'était rendu chez le docteur A. _____ en octobre 2000 pour une consultation en raison d'une affection minime qui n'avait pas eu d'effet sur sa capacité de travail, ni n'avait entraîné un suivi médical, hormis la prise de médicaments. Il pouvait dès lors en toute bonne foi partir de l'idée, au moment de remplir la déclaration d'adhésion à la caisse-maladie une année plus tard, qu'il n'avait pas souffert d'une quelconque maladie par le passé. Par ailleurs, son dossier médical transmis par le docteur A. _____ au docteur W. _____ ne contenait aucune mention d'une maladie, comme l'avait attesté ce dernier, si bien que les premiers juges auraient dû, face aux affirmations contradictoires de l'un et de l'autre de ces médecins, ordonner à la caisse de procéder à une instruction complémentaire pour éclaircir la situation.

E. 4

On doit convenir avec le recourant que le point de savoir quelles indications diagnostiques figuraient dans le dossier transmis par le docteur A. _____ au docteur W. _____ aurait mérité d'être approfondi, puisque ces médecins ont donné une appréciation divergente de l'anamnèse de leur patient. Invités à répondre à la même question de savoir à quelle date étaient apparus les premiers symptômes d'un problème psychiatrique perceptibles pour le patient et quand cette affection avait été traitée pour la première fois, le docteur A. _____ indiquait avoir été consulté pour état dépressif en octobre 2000, tandis que son confrère expliquait que le dossier transmis par le médecin prénommé ne contenait aucune notion de maladie psychiatrique. Ce point peut toutefois rester indécis dès lors que la solution retenue par les premiers juges ne peut pas être suivie. A l'issue d'une consultation chez son médecin traitant de l'époque, le docteur A. _____, en octobre 2000, le recourant s'est vu prescrire des médicaments en raison d'un état dépressif. Au vu des réponses du médecin à l'intimée, il s'agit là de la seule mesure proposée par le praticien. En particulier, il n'apparaît pas qu'un traitement impliquant des contrôles médicaux réguliers ou une médication d'une certaine durée eût été instauré, ou encore que le patient eût été adressé à un spécialiste en psychiatrie pour traiter un trouble psychique. Dans ces circonstances, on doit admettre que le recourant pouvait de bonne foi considérer qu'il avait souffert d'un trouble occasionnel, sans aucun caractère chronique ou récurrent, puisqu'il n'avait nécessité qu'une prise limitée de médicaments, sans suite du point de vue médical. Il est vrai que le trouble décrit par le docteur A. _____ par les termes «état dépressif» (cf. courrier du 9 juin 2003) répond à la notion de maladie au sens de l' art. 3 al. 1 LPGA , qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail (cf. pour l'art. 2 al. 1 aLAMal: ATF 125 V 295 consid. 3c). Toutefois, on peut comprendre que le patient n'ait pas assimilé à une maladie le fait de consulter son médecin de manière ponctuelle pour un problème isolé, lié à une perturbation passagère de son humeur, sans aucune autre

conséquence que la prise de médicaments pendant une période limitée (comp. avec les arrêts 109 V 36 et RAMA 1986 n° K 670 p. 131 où le grand nombre et la fréquence des consultations auprès d'un psychiatre, respectivement d'un psychothérapeute, devaient faire comprendre à l'assuré qu'on était en présence d'un véritable traitement médical). S'ajoute à cela que le comportement du recourant au moment de remplir la demande d'adhésion ne saurait être apprécié avec une trop grande sévérité, étant donné le caractère pour le moins succinct de celle-ci. Comprise dans la «fiche d'engagement» signée par l'entreprise E._____ SA, la formule d'adhésion se limitait aux deux questions relatives à l'état de santé suivantes: «avez-vous déjà été malade ou accidenté? Si oui, genre de maladie ou accident» et «vous considérez-vous actuellement en parfaite santé et capable de travailler?». Sommaires et générales, ces deux questions n'étaient pas susceptibles d'attirer l'attention de l'assuré sur la problématique de maladies psychiques en particulier. Par ailleurs, comme la formule d'admission faisait partie intégrante de la fiche d'engagement et que le recourant se trouvait dans un rapport de subordination à l'égard de son employeur, il était fondé à considérer qu'il ne s'agissait que d'une simple formalité à remplir, à laquelle il n'était pas tenu de vouer une attention particulière (cf. l'arrêt C. du 28 mai 2004, K 17/04, qui traite du rôle particulier de l'employeur lors des formalités d'adhésion à un contrat d'assurance collective). Dans de telles circonstances, on ne saurait reprocher au recourant d'avoir commis une réticence au moment de son affiliation. Par conséquent, l'intimée n'était pas en droit, par sa décision du 8 août 2003, d'instituer une réserve rétroactive pour «état dépressif». Le recours se révèle donc bien fondé et il appartiendra à l'intimée de se prononcer sur le droit aux indemnités journalières prétendues.

E. 5

Etant donné la nature du litige, la procédure est gratuite (art. 134 OJ). En outre, le recourant, représenté par un avocat, obtient gain de cause, si bien qu'il a droit à des dépens pour l'instance fédérale (art. 135 en corrélation avec l' art. 159 OJ). La demande d'assistance judiciaire est ainsi sans objet.

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