

FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20081212_f_ne_u_01 vom 12. Dezember 2008

FINMA Versicherungsrecht, 2008-12-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/finma_versicherungsrecht_20081212_f_ne_u_01

FR: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20081212_f_ne_u_01 du 12 décembre 2008

IT: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20081212_f_ne_u_01 del 12 dicembre 2008

Erwägungen

E. 1

Le 23 octobre 2002, Z, représentant légal de la demanderesse, a signé, en faveur de sa fille, une proposition d'assurance obligatoire de soins ..., ainsi que d'assurances complémentaires ..., ... et ..., auprès de A, avec effet au 1er janvier 2003. Dans le cadre de l'assurance complémentaire ..., A prend en charge les frais de soins dentaires, de remplacements de dents et de prophylaxie dentaire jusqu'à concurrence de 50 % des honoraires du médecin-dentiste, au maximum Fr. 500.- par année civile. Avant la conclusion effective du contrat, Z a rempli un questionnaire relatif à l'état de santé de sa fille. A la question, "Effectuez-vous actuellement un traitement ou un contrôle chez un médecin (ou chez un naturopathe), chez un dentiste ou autre ? ", ainsi qu'à celle, "Présentez-vous une anomalie dentaire ou maxillo-faciale et/ou un examen, un traitement ou une correction dentaire sont-ils prévus ? Ou a-t-on exprimé un soupçon en ce sens ? ", Z a inscrit "Non." comme réponses. A fin août 2004, la demanderesse a commencé un traitement orthodontique, auprès du ... de santé scolaire, qui a duré jusqu'en décembre 2006. En novembre 2004, le ... de santé scolaire a adressé une facture à A concernant le traitement dentaire de la demanderesse. En date du 25 novembre 2004, A a fait parvenir au ... de santé scolaire une demande de renseignements concernant son assurée. Par courrier du 3 mars 2005, A s'est départie du contrat relatif aux prestations assurées en faveur de la demanderesse. Elle invoque la réticence de celle-ci, par son représentant légal, et nie devoir verser toute prestation. La demanderesse, pour sa part, conteste la réticence et réclame un montant de Fr. 2'997.20.

E. 2

Les parents de la demanderesse affirment n'avoir été informés qu'en juin 2004 que leur fille avait besoin d'un traitement orthodontique. Un devis pour la première phase du traitement leur a été adressé à fin octobre 2004. Z indique avoir immédiatement avisé A que leur fille devait porter un appareil dentaire. Z admet néanmoins qu'il savait qu'en 2002, sa fille avait été admise en urgence au ... de santé scolaire et qu'elle a suivi un traitement. Ensuite, il n'a plus eu aucune information jusqu'en 2004, après une radiographie.

E. 3

La défenderesse précise que selon les Conditions générales d'assurance de A, la demande est dirigée contre A Assurance-maladie et non pas A Organisation de santé.

- 3 - La défenderesse expose qu'au vu de la réponse à la demande de renseignements envoyée au ... de santé scolaire le 25 novembre 2004, Z savait, depuis avril 2002 déjà, que la nécessité future d'un traitement orthodontique avait été diagnostiquée à sa fille. Les notes du ... de santé scolaire concernant les traitements effectués à la demanderesse mentionnent

la présence, en date du 13 décembre 2001, d'une anomalie maxillo-faciale et, en avril 2002, d'une anomalie dentaire, à savoir l'absence d'une dent, qui nécessitaient le déplacement d'une dent pour obtenir une arcade dentaire anatomique. La défenderesse affirme également que, selon le Dr F, en présence de deux signes d'anomalies relativement importants, il est peu probable que les parents n'aient pas été informés du besoin d'un futur traitement. Par ailleurs, il ajoute que ces anomalies appelaient à une surveillance régulière des arcades et particulièrement de la zone où manquait une dent. Ainsi, la défenderesse se prévaut également, pour invoquer la réticence, de la réponse négative du père de la demanderesse à la question relative à un examen futur auprès d'un médecin-dentiste dans la mesure où les notes du ... de santé scolaire de la consultation du 3 octobre 2002 mentionnent qu'un rappel et un traitement sont prévus en juin 2003.

E. 4

Entendue comme témoin, la Dresse E déclare ce qui suit. Elle est médecin-dentiste généraliste. Elle ne s'occupe que des soins dentaires conservateurs; ceux-ci incluent les extractions de dents. En général, ils font un diagnostic de position des dents. En cas de doute, elle envoie les parents chez un orthodontiste. Elle a prodigué des soins à la demanderesse, avant 2006. Au sujet du dossier d'X (pièce 109), elle déclare qu'en date du 13 décembre 2001, une occlusion classe II, soit un décalage entre la mâchoire supérieure et celle inférieure, a été diagnostiquée. Une occlusion de classe II constitue une anomalie maxillo-faciale. Compte tenu de l'âge de l'enfant et des mouvements liés à la croissance, un traitement orthodontique n'a pas été prescrit, seule une surveillance était prévue. Le témoin explique qu'en général, durant ces contrôles, les parents sont présents. En date du 23 avril 2002, X est venue en urgence. Le témoin ne se souvient pas si les parents étaient présents, mais elle ajoute que lorsque les enfants sont petits, les parents les accompagnent; ils ne quittent la pièce que durant le traitement. Les notes du ... de santé scolaire évoquent un entretien avec le Dr G, orthodontiste. Le témoin n'a pas de souvenir de cette entrevue. A la lecture de ces notes, elle fait

- 4 - remarquer que la discussion avec le Dr G concernait exclusivement l'extraction d'une dent, et non pas l'occlusion. La praticienne rappelle encore que l'absence d'une dent est considérée comme une anomalie dentaire. En octobre 2002, un rappel avait été prévu pour le mois de juin 2003. Elle confirme que c'est elle qui a rempli la réponse du 21 février 2005 (PL. 103 défenderesse). Dans le cas d'espèce, elle ne se souvient pas si elle a informé les parents de la nécessité future d'un traitement. En général, elle explique aux parents qu'il y a une malformation et que c'est à surveiller avec la croissance mais sans parler d'un appareil dentaire.

E. 5

Dans son témoignage recueilli sur la base d'un questionnaire écrit, le Dr F, médecin-dentiste conseil de A depuis 1994, déclare ce qui suit. La présence d'une classe II d'occlusion et l'absence d'une dent sont des anomalies maxillo-faciales et dentaires relativement fréquentes et importantes. L'absence d'une dent amène un déplacement naturel vers l'avant et les dents qui se situent au niveau d'un espace libre ont tendance à rechercher un contact avec les dents voisines. Si cette situation n'est pas réalisée, un traitement orthodontique est nécessaire. Dans une période de croissance, la nécessité d'un traitement orthodontique est difficile à prédire de manière certaine, raison pour laquelle, dans le cas d'espèce, le terme de "traitement orthodontique prévu" a été employé. En dates du 30 avril

2002 et du 17 juin 2002, le dossier médical de la demanderesse mentionne la nécessité d'entreprendre un traitement orthodontique (ODF), mais il n'y a aucune indication quant à la communication de cette information à ses parents. Le ... de santé scolaire ne fait état de cette communication aux parents en avril 2002 que dans la réponse à la demande de renseignements du 25 novembre 2004 envoyée par A. Le Dr F déclare que, selon lui, le terme ODF est compris par la population : en effet, "orthopédie" signifie correction d'une anomalie par rapport à la normale, "dento" s'applique aux dents et "facial" à la face. Il ajoute que cette terminologie n'a pas changé. En Droit A. Les contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance maladie sociale au sens de l'art. 12 al. 2 LAMal sont régies par la LCA et sont tranchées par le Tribunal de district, quelle que soit la valeur litigieuse (art. 43 al. 1 LILAMal ; art. 14 de l'Arrêté fixant la procédure en matière de contestations relatives à l'assurance-maladie sociale et aux assurances complémentaires). Les conditions générales d'assurance relatives au contrat prévoient qu'en cas de litige découlant des assurances

- 5 - complémentaires, l'ayant droit a le choix entre le for du siège principal suisse de A ou celui de son domicile suisse (art. 23 litt. b, édition 2002, PL. 2 demanderesse). En conséquence, la compétence à raison du lieu du Tribunal de céans doit être admise, dès lors que la demanderesse est domiciliée à La Chaux-de-Fonds et que cette élection de for est conforme à l'art. 9 LFors. B. La qualité pour défendre (au sens de l'art. 162 al. 1 litt. d CPCN) doit être examinée d'office, en tout état de cause (RJN 1980-1981 p. 96, 1990 p. 72). La demanderesse s'adresse à A Organisation de santé, et non à A Assurance-maladie SA. Or, il ressort du registre du commerce que les deux entités précitées sont des personnalités juridiques distinctes. En outre, selon les conditions générales d'assurance, A Assurance-maladie SA est "l'assureur responsable dans l'assurance-maladie sociale et pour les assurances complémentaires" (chapitre Généralités, édition 2002, PL. 2 demanderesse), parmi lesquelles figure la couverture "... " souscrite par la demanderesse, alors que A Organisation de santé n'est compétente que pour recevoir, dans les sept premiers jours suivant la signature de la proposition, la déclaration de révocation du candidat (art. 24, édition 2002, PL. 2 demanderesse). Ainsi, on doit considérer que la demande est dirigée contre la mauvaise entité juridique. En principe, l'absence de légitimation passive devrait entraîner le rejet de la demande puisque seule est légitimée comme partie au procès celle qui est personnellement titulaire d'un droit ou contre laquelle personnellement un droit est exercé (François Bohnet, CPCN commenté, 2003, note 2 ad art. 162 al. 1d). Toutefois, il convient de ne pas faire preuve de formalisme excessif, à mesure que A Assurance-maladie SA a clairement reconnu que la demande la concernait, puisque durant toute l'instance, c'est elle qui a procédé et non A Organisation de santé. Sur ce point, mais dans un autre domaine, le Tribunal fédéral a admis que si le débiteur peut reconnaître clairement, malgré la désignation fautive, que le commandement de payer lui est destiné, il ne saurait de bonne foi soutenir que l'indication inexacte laisse planer un doute sur son identité (ATF 114 II 335, JT 1989 I 337). La même jurisprudence précise encore que selon le principe de la confiance qui domine l'ordre juridique suisse, il suffit qu'en raison des circonstances, et nonobstant la désignation inexacte, le débiteur reconnaisse ou doive reconnaître que le créancier a l'intention de s'en prendre à lui. Les règles de la bonne foi n'autorisent pas le débiteur à tirer profit d'une désignation qui ne correspond pas à la réelle intention du créancier alors qu'il connaît cette réelle intention. D'ailleurs, la défenderesse, qui relève ce point, ne s'en prévaut pas pour conclure à l'irrecevabilité.

- 6 - Dès lors, le Tribunal de céans rectifiera la manière dont la défenderesse est désignée et admettra que la demanderesse avait l'intention, reconnaissable et admise par l'adverse partie, d'actionner A Assurance-maladie SA. C. Aux termes de l'art. 4 LCA, le proposant 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 (al. 1). 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 (al. 2). Sont réputés importants les faits au sujet desquels l'assureur a posé par écrit des questions précises, non équivoques (al. 3). L'art. 6 LCA dispose que si celui qui avait l'obligation de déclarer a, lors de la conclusion du contrat, omis de déclarer ou inexactly déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître (réticence), et sur lequel il a été questionné par écrit, l'assureur est en droit de résilier le contrat; il doit le faire par écrit; la résiliation prend effet lorsqu'elle parvient au preneur d'assurance (al. 1); le droit de résiliation s'éteint quatre semaines après que l'assureur a eu connaissance de la réticence (al. 2). Il s'agit là d'un délai de péremption et le respect du délai doit être prouvé par l'assureur (ATF 118 II 333, 116 II 338). Ce délai de quatre semaines ne commence à courir que lorsque l'assureur est complètement orienté sur tous les points concernant la réticence et qu'il en a une connaissance effective complète, de simples doutes à cet égard étant insuffisants (ATF 118 II 333). En l'espèce, A n'a appris que le 14 avril 2005, lorsque le ... de santé scolaire a renvoyé, par télécopie, la demande de renseignements, que la nécessité d'un traitement orthodontique avait déjà été émise en avril 2002. Ainsi, en invoquant la réticence, le 3 mai 2005, pour se départir rétroactivement du contrat, elle a respecté le délai péremptoire de quatre semaines. D. a) S'agissant du devoir du proposant d'informer l'assureur des faits importants, l'art. 4 al. 3 LCA institue la présomption que les faits au sujet desquels l'assureur a posé par écrit des questions précises, non équivoques, sont des faits importants pour l'appréciation du risque au sens de l'art. 4 al. 1 et 2 LCA, à savoir des faits de nature à influencer sur la détermination de l'assureur de conclure le contrat ou de le conclure aux conditions convenues. Cette présomption tend à faciliter la preuve de l'importance d'un fait pour la conclusion du contrat aux conditions prévues, en renversant le fardeau de la preuve (ATF 118 II 333 consid. 2a et les références citées).

- 7 - Selon la jurisprudence, il ne faut adopter ni un critère purement subjectif, ni un critère purement objectif pour juger si le proposant a violé ou non son obligation de renseigner, laquelle s'apprécie au demeurant sans égard à une éventuelle faute du preneur. Il faut tenir compte des circonstances du cas particulier, notamment des qualités (intelligence, formation, expérience) et de la situation du proposant. Ce qui est décisif, c'est de déterminer si et dans quelle mesure le proposant pouvait donner de bonne foi une réponse inexacte à l'assureur, selon la connaissance qu'il avait de la situation et, le cas échéant, selon les renseignements que lui avaient fournis des personnes qualifiées. Le proposant doit se demander sérieusement s'il existe un fait qui tombe sous le coup des questions de l'assureur; il remplit son obligation s'il déclare, outre les faits qui lui sont connus sans autre réflexion, ceux qui ne peuvent pas lui échapper s'il réfléchit sérieusement aux questions posées. En d'autres termes, ce qui importe n'est pas l'exactitude objective, mais l'exactitude subjective de la déclaration que le proposant est en mesure de faire à la lumière de sa situation personnelle (Arrêt non publié du TF du 26 septembre 2008, 4D_80/2008 consid. 2.1.2 et les références citées). En outre, l'article 8 ch. 3 LCA ne permet pas d'exiger de l'assureur qu'il vérifie l'exactitude des indications données par le proposant et qu'on puisse attendre de lui

qu'il passe beaucoup de temps à examiner des documents (ATF 111 II 388 ss; Benoît Carron, La loi fédérale sur le contrat d'assurance, Fribourg, 1997, n.110, 112). En effet, il est un principe général qui veut que celui qui se fonde sur les déclarations de son cocontractant peut s'y fier sans être tenu d'en contrôler l'exactitude par des investigations (ATF 118 II 333 ; Olivier Carré, Loi fédérale sur le contrat d'assurance, édition annotée, Lausanne, 2000, ad art. 4 al. 1 LCA). Néanmoins, il ne peut toutefois pas se borner à ignorer tout simplement les informations qui parviennent à sa connaissance sous forme de rumeurs ou d'allusions, pour autant que leur contenu ou leur source n'exclue pas a priori qu'on les prenne au sérieux (ATF 111 II 388 ss; Benoît Carron, op.cit, n.110, 112). b) En l'espèce, la défenderesse reproche à Z de n'avoir pas signalé les problèmes liés à la dentition de sa fille en réponse aux questions portant sur la présence d'une anomalie dentaire ou maxillo-faciale et sur le projet d'une correction dentaire ou d'un soupçon allant dans ce sens. Ces questions portaient sur des faits importants pour l'appréciation du risque qui devaient être signalés à l'assurance. La demanderesse ne le conteste pas. E. a) Le proposant doit indiquer les faits qui lui sont ou doivent lui être connus. Il doit non seulement mentionner les faits importants pour l'appréciation du risque qui lui

- 8 - viennent à l'esprit sans autre réflexion, mais aussi ceux qui ne peuvent lui échapper s'il réfléchit sérieusement aux questions de l'assureur (ATF 116 V 218). Le proposant ne peut se prévaloir de son ignorance du fait non déclaré que si cette ignorance n'est pas due à une négligence grave de sa part. L'inattention ou la négligence du proposant fondent une invocation de la réticence par l'assureur (Olivier Carré, op. cit., ad art. 4 al. 1 LCA). En revanche, le proposant n'est pas tenu de recueillir des renseignements sur l'existence de tels faits, ni non plus de se renseigner sur l'existence de faits qu'il ignore, le but de la disposition légale étant simplement d'empêcher que le proposant se mette au bénéfice de son ignorance lorsque celle-ci est volontaire ou coupable (ATF 116 II 338 ; ATF 39 II 302). Pour apprécier les indications données par le proposant, et déterminer s'il a commis une éventuelle réticence, il convient de considérer les réponses dans leur ensemble (ATF 75 II 158). b) En l'espèce, la demanderesse est venue, en 2001, au ... de santé scolaire pour y subir un ordinaire contrôle dentaire ; celui-ci a révélé la présence de diverses caries. Avant que ces caries n'aient pu être soignées, en avril 2002, la demanderesse s'est rendue, en urgence, au ... de santé scolaire en raison de la douleur provoquée par une dent. Cette dent a finalement dû être extraite prématurément. A cette occasion, les médecins- dentistes ont également constaté l'absence d'une dent (PL. 107 défenderesse). Après cette intervention, à la lecture des notes du ... de santé scolaire, durant l'année 2002, la demanderesse est retournée à la Clinique en juillet, en août et en septembre, à deux reprises, ainsi qu'en octobre où un rappel a été prévu pour le mois de juin de l'année suivante (PL. 109 défenderesse). Par conséquent, il ne fait aucun doute que Z a donné des informations inexactes au moment où il a rempli la déclaration de santé contenue dans la proposition d'assurance (PL. 1 demanderesse). Il a notamment répondu par la négative aux questions concernant la présence d'une anomalie dentaire ou maxillo-faciale et sur le projet d'une correction dentaire ou d'un soupçon allant dans ce sens. La réponse initiale à la demande de renseignements de A du 25 novembre 2005 établit que les parents de l'enfant ont été informés de la nécessité d'un traitement orthodontique dès le 30 avril 2002 (PL. 103 défenderesse). Finalement, par courrier du 31 janvier 2006 et à l'audience du 3 mars 2008, la Dresse E est revenue sur ses déclarations en expliquant ne pas se souvenir de la conversation qu'elle a pu avoir avec les parents d'X. Ces propos – tenus alors que le litige était pendant – ne sont toutefois pas convaincants et ne remettent pas en cause les

précédentes observations. D'une part, ces informations avaient été données avant que

- 9 - leurs conséquences ne soient connues et d'autre part, il est peu probable que les médecins-dentistes n'aient pas informé les parents d'X des affections dont elle souffrait. Compte tenu du nombre de contrôles dentaires effectués par la demanderesse en un laps de temps si court, Z devait, sinon présumer la présence d'une anomalie dentaire, du moins se douter que ces faits tombaient sous le coup des questions posées au sujet de l'état de dentition de sa fille. A supposer même qu'il ait ignoré l'anomalie dentaire ou maxillo-faciale dont souffrait sa fille, il ne pouvait raisonnablement pas penser que les nombreuses consultations de sa fille n'auraient aucune influence sur l'appréciation du risque. Par ailleurs, lors de son interrogatoire, Z a admis ne pas avoir signalé l'intervention du mois d'avril 2002 alors qu'il en connaissait l'existence. L'éventuelle ignorance du père de la demanderesse quant à la nature et aux conséquences de l'opération du mois d'avril 2002 découle d'une négligence grave qui fonde l'invocation de la réticence par A. c) Par courrier du 6 avril 2006, la défenderesse a signalé à Z qu'elle avait découvert d'autres éléments de réticence qui confirmaient sa décision de se départir du contrat. Selon la doctrine, si l'assureur se réfère à une cause précise de réticence, lors même qu'il n'est pas tenu d'indiquer les motifs de sa décision, il ne se prive pas de la possibilité d'en faire valoir d'autres devant le juge (Bernard Viret, Droit des assurances privées, 3ème édition, 1991, p. 103). Toute fausse déclaration portant sur des faits distincts faisant l'objet de questions différentes constitue une réticence permettant à l'assureur de se départir du contrat dans le délai de quatre semaines dès le moment où il en a connaissance. L'assureur qui s'est départi d'un contrat en raison d'une réticence dans le délai de quatre semaines à compter du moment où il l'a connue, n'a pas à répéter sa déclaration de résolution si une autre réticence parvient ultérieurement à sa connaissance ; il ne lui est cependant pas interdit de le faire (ATF 109 II 159, consid. 2 a et c). En l'espèce, le 3 avril 2006, la défenderesse a reçu en copie un courrier du 31 janvier 2006 du ... de Santé scolaire (PL. 107 défenderesse). Après en avoir pris connaissance, elle a relevé ce qu'elle considère comme des nouveaux cas de réticence et les a fait valoir par lettre du 6 avril 2006, soit dans le délai de l'art. 6 LCA. On doit la suivre dans son analyse. En effet, l'enfant était suivie régulièrement, depuis décembre 2001, par le ... de Santé scolaire et un nouveau contrôle a été prévu, lors d'une consultation, le 3 octobre 2002, pour juin 2003 (PL. 108 et 109 défenderesse). Malgré cela, en date du 23 octobre 2002, Z a également répondu négativement à la question portant sur le suivi d'un traitement ou d'un contrôle chez un dentiste par sa fille.

- 10 - Compte tenu de tout ce qui précède, il y a lieu de retenir que c'est à bon droit que la défenderesse s'est départie du contrat dans le délai légal, en invoquant une réticence de la part de la demanderesse. Il est indéniable que les faits tus ou omis étaient de nature à influencer l'appréciation du risque par la compagnie d'assurance et pouvaient la conduire soit à demander des informations médicales complémentaires, soit à instaurer des réserves pour les affections préexistantes, soit encore à ne pas conclure le contrat. F. Mal fondée, la demande doit être rejetée dans toutes ses conclusions. Il est statué sans frais, la procédure étant en principe gratuite (art. 47 al. 3 LSA). A mesure qu'elle succombe, la demanderesse devra verser à l'adverse partie une indemnité de dépens. Vu les art. 4, 6 LCA, 12 LAMal, 47 LSA, 43 LILAMal, 152ss, 341ss CPCN,

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