

GE_GERICHTE ATAS/864/2009 vom 1. Juli 2009

GE Cour de justice, 2009-07-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_864_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/864/2009 du 1 juillet 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/864/2009 del 1 luglio 2009

Regeste

Résumé: Il ne peut être reproché aucune réticence à l'assuré qui pouvait en toute bonne foi donner une réponse inexacte à l'assureur. Tel est le cas de l'assuré qui a présenté une affection médicale bénigne il y a plusieurs années et qui s'est soumis un traitement médical limité dans le temps. Par ailleurs, l'assureur est censé connaître non seulement les renseignements qui lui ont été donnés lors de la souscription d'assurance ou lors de règlement de sinistres antérieurs, mais également les faits appris par hasard. De tels faits sont opposables non seulement à la caisse qui en a eu directement connaissance, mais également à toute autre entité qui de fait est rattaché à la première (même siège social, mêmes collaborateurs, même base de données, formulaires d'inscription unique).

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 4 et let. c de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique tant des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal) que des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal, et à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA), relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Interjetée le 19 juillet 2008 par devant le Tribunal de céans, la demande est recevable.

E. 3

La LCA a subi des modifications par la novelle du 17 décembre 2004, entrée en vigueur le 1er janvier 2006 et le 1er janvier 2007 (RO 2005 IV 5246, FF 2003 3353). Le droit intertemporel du contrat d'assurance est régi, pour ce qui concerne les révisions partielles de la LCA survenues après l'entrée en vigueur de la loi elle-même le 1er janvier 1910, par l'art. 102 al. 4 LCA, norme qui renvoie à l'art. 882 aCO, disposition qui fut remplacée par l'art. 1 al. 1 Tit. fin. CC le 1er janvier 1912, date de l'entrée en vigueur du Code civil (NEBEL, Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, n. 1 et 3 ad art. 102 LCA). L'art. 1 al. 1 Tit. fin. CC instaure le principe de la non-rétroactivité des lois (ATF 134 III 224 consid. 3.2.1 ; au sujet du droit intertemporel du contrat d'assurance : ATF non publié du 1er octobre 2008, cause 4A_261/2008). Il s'ensuit que les contrats d'assurance litigieux, qui ont été conclus le 25 septembre 2006, sont soumis à l'art. 6 LCA dans sa

teneur après le 1er janvier 2006, date où la disposition en question a été modifiée par le ch. 1 de la loi fédérale du 17 décembre 2004.

E. 4

La question litigieuse est de savoir si le demandeur a, ou non, commis une réticence.

A/2674/2008 - 8/15 -

E. 5

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 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). D'après l'art. 6 LCA si celui qui avait l'obligation de déclarer a, lors de la conclusion du contrat d'assurance, 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 proposant doit ainsi déclarer par écrit à l'assureur, suivant un questionnaire ou en réponse à toutes autres questions écrites les faits qui sont importants pour l'appréciation du risque tels qu'ils lui sont ou doivent être connus lors de la conclusion du contrat ; sont importants tous les faits de nature à influencer la détermination de l'assureur de conclure le contrat ou de le conclure aux conditions convenues, tous les éléments qui doivent être considérés lors de l'appréciation du risque et qui peuvent éclairer l'assureur, à savoir toutes les circonstances permettant de conclure à l'existence des facteurs de risque (ATF 116 II 339 consid. 1a ; 116 V 226 consid. 5a et les arrêts cités). Il résulte clairement du texte des articles 4 et 6 LCA qu'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. En effet, la loi n'impose pas seulement au proposant de communiquer à l'assurance, en réponse aux questions correspondantes, les faits importants pour l'appréciation du risque qui lui sont effectivement connus, mais également ceux qu'il devait connaître. Ce qui est finalement 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 lui échapper s'il réfléchit sérieusement aux questions (ATF 118 II 333 consid. 2b ; ATF 116 V 226 consid. 5a et b ; 116 II 338 consid. 1c et les arrêts cités ; NEF, Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, n°56 ad. art. 4 LCA). En d'autres termes, ce qui importe ce 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 (NEF, op. cit., n°27 ad. art. 4 LCA). Celui qui tait des indispositions sporadiques qu'il pouvait raisonnablement de bonne foi considérer sans importance pour l'évaluation du risque, sans devoir les

A/2674/2008 - 9/15 - tenir pour une cause de rechute ou de symptômes d'une maladie imminente aiguë, ne viole pas son devoir de renseigner (ATF 116 II 338 consid. 1b p. 340 et

les références).

E. 6

La défenderesse soutient que le demandeur s'est rendu coupable d'une réticence en répondant négativement à la question (2.1) « suivez-vous actuellement ou avez-vous suivi un traitement médical ou psychothérapeutique ? » ainsi qu'à la question (15f) « souffrez-vous, avez-vous souffert ou un médecin vous a-t-il rendu attentif à une maladie ou une affection de la peau ? », alors que le demandeur avait souffert de kystes sacro-coccygiens en 2002 qui avaient nécessité un traitement. Il n'est pas contesté que le demandeur a effectivement présenté des kystes sacro-coccygiens pour lesquels il a subi en février, juillet et décembre 2002, trois traitements médicaux. Il n'est pas contesté non plus que le demandeur n'a pas indiqué dans le questionnaire de santé les kystes et les traitements y relatifs effectués en 2002. Il convient donc d'examiner si, en ne parlant pas de ces affections, le demandeur a commis une réticence, étant précisé qu'au vu des considérations qui suivent, la question de savoir si le demandeur a, ou non, remis un formulaire incomplet, peut rester ouverte. Il ressort des pièces versées au dossier que le traitement médical prodigué en raison des kystes a consisté en trois interventions chirurgicales effectuées en février, juillet et décembre 2002. Ces interventions ont été pratiquées en ambulatoire et correspondent à une incision pour un panaris profond (Dr E_____, note d'honoraires du 19 mars 2002, pièce 3 chargé demandeur). A la suite de chaque intervention, le demandeur a effectué un seul contrôle médical (pièces 1 à 3 chargé demandeur). Il n'apparaît donc pas que le demandeur ait présenté des complications, ni que des contrôles médicaux réguliers ou une médication d'une certaine durée aient été instaurés. Par ailleurs, dès la dernière intervention effectuée en décembre 2002, le demandeur n'a plus présenté de kystes sacro-coccygiens, pas plus qu'il n'a consulté de médecin pour une telle affection. Au vu de la nature du kyste sacro-coccygien, considéré comme une affection bénigne (www.chirurgien-digestif.fr), et le traitement médical limité prodigué, on ne saurait reprocher au demandeur d'avoir cru que la suite favorable du dernier traitement effectué en décembre 2002 permettait de considérer cette affection comme totalement guérie et de l'avoir oubliée. On relèvera que l'épouse du demandeur a confirmé que cette affection était une question réglée et oubliée (procès-verbal d'enquêtes du 28 janvier 2009, p.2). En effet, le demandeur ne semble pas avoir mentionné l'existence de cette affection à la Dresse C_____, à savoir son médecin traitant qu'il a consulté pour la première fois le

E. 11

septembre 2006, soit avant la signature de la proposition d'assurance (rapport de A/2674/2008 - 10/15 - la Dresse C_____ du 3 décembre 2006, versé au dossier par la défenderesse le 22 octobre 2008). Enfin, le Tribunal de céans relèvera qu'au moment de remplir la proposition d'assurance le 25 septembre 2006, le demandeur, pour qui le dernier kyste sacro-coccygien remontait à quatre ans et n'avait engendré qu'un traitement ambulatoire peu important, venait par contre de subir un pneumothorax gauche spontané, ayant nécessité une intervention chirurgicale et une hospitalisation du 28 mai au 17 juin 2006, à la suite de quoi un emphysème sous-pleural avait été diagnostiqué. Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de considérer que le demandeur pouvait en toute bonne foi considérer que les kystes sacro-coccygiens étaient une atteinte passagère et sans importance à son bien-être physique que l'attention requise ne lui commandait pas d'annoncer. Dès lors, aucune réticence ne peut être reprochée au demandeur eu égard aux kystes

sacro-coccygiens et aux traitements y relatifs effectués en 2002. 7. Quoi qu'il en soit, à supposer qu'il y ait eu réticence pour cette affection, le Tribunal de céans est d'avis que la défenderesse n'aurait pas pu se départir du contrat. A teneur de l'art. 8 ch. 3 LCA, malgré la réticence, l'assureur ne pourra pas résilier le contrat si l'assureur connaissait ou devait connaître le fait qui n'a pas été déclaré. Selon la jurisprudence en la matière, pour apprécier si l'assureur est déchu du droit de se départir du contrat parce qu'il connaissait ou devait connaître le fait qui n'a pas été déclaré, il faut, comme pour apprécier s'il y a eu réticence de l'assuré, utiliser un critère objectif, dans l'application duquel on tiendra compte des circonstances du cas particulier. L'assureur n'est pas tenu, en général, de vérifier l'exactitude des renseignements donnés par le proposant. Il doit seulement résoudre les difficultés provenant des incertitudes et des contradictions qui résulteraient du texte de la proposition. Néanmoins, il ne saurait éluder l'obligation, que lui imposent les règles de la bonne foi, de redresser l'erreur commise par l'autre partie, lorsque cette erreur porte sur un fait qu'il connaissait ou devait connaître. L'assureur est censé connaître, en particulier, non seulement les renseignements qui lui ont été donnés lors de la souscription d'assurances ou lors du règlement de sinistres antérieurs, mais aussi les faits appris par hasard de la bouche de tiers (ATF 111 II 388 consid. 3c/bb p. 396; 90 II 449 consid. 4 p. 456; NEF, op. cit., n. 23 ad art. 8 LCA et les références mentionnées). Le Tribunal fédéral des assurances a récemment rappelé que les faits dont la société mère a connaissance sont opposables à la société fille lorsque les deux entités juridiques disposent d'une banque de données électronique commune ou emploient

A/2674/2008 - 11/15 - les mêmes collaborateurs (ATFA non publié du 9 août 2004, cause 5C.43/2004 ; ATFA non publié du 21 août 2001, cause 5C.104/2001). En l'occurrence, il n'est pas contesté que les traitements effectués en 2002 concernant les kystes sacro-coccygiens ont été pris en charge par la caisse-maladie. La défenderesse fait valoir que la caisse-maladie est une entité juridique distincte, qui ne s'occupe que des prestations à charge de l'assurance sociale, alors que la défenderesse ne s'occupe que des assurances complémentaires privées. Pour ce motif, le fait que la caisse-maladie ait pris en charge les traitements effectués en 2002 ne saurait être opposable à la défenderesse. L'argument de la défenderesse ne saurait être suivi. Le Tribunal de céans constate en effet que les deux entités ont leur siège à la même adresse (site internet du registre du commerce, www.rc.geneve.ch), qu'elles emploient les mêmes collaborateurs, lesquels s'occupent tant des assurés LAMal que des assurés LCA. De surcroît, ces deux catégories d'assurés se trouvent dans la même base de données (procès-verbal de comparution personnelle des parties du 22 octobre 2008, p. 2). En outre, le formulaire pré-imprimé que doivent remplir les assurés vaut tant pour l'admission à l'assurance-maladie LAMal que pour les assurances complémentaires LCA. Par ailleurs, les assurés reçoivent une seule police d'assurance, valant tant pour l'assurance de base que pour les assurances complémentaires, et sur laquelle figure uniquement la raison sociale « INTRAS ASSURANCES » à l'adresse « rue des Battoirs 7 » (pièce 7 chargé demandeur). Qui plus est, toutes les demandes de remboursement, que ce soit pour l'assurance de base ou pour les assurances complémentaires, sont à envoyer à l'adresse précitée (pièce 14 chargé défenderesse et pièce 2 chargé demandeur). Il résulte de ce qui précède que la dénomination « INTRAS ASSURANCES » regroupe les deux entités. Pour ce motif, il y a lieu de retenir que les faits dont a connaissance la caisse-maladie sont opposables à la défenderesse. La défenderesse fait valoir que l'affection pour laquelle avait été traité le demandeur en 2002 n'était de toute manière pas connue de la caisse-maladie, dès lors que les diagnostics ne figurent pas sur les

factures adressées par le demandeur. Si le diagnostic « kyste sacro-coccygien » n'est certes pas mentionné sur les factures relatives aux traitements effectués en 2002, le Tribunal de céans constate cependant que les termes « électrocoagulation tumeur peau » et « incision : panaris profond » figurent sur les factures précitées. Quoiqu'il en soit, étant donné que ces prestations ont été prises en charge par la caisse-maladie, la défenderesse savait, ou était censée savoir que le demandeur avait subi trois interventions médicales en 2002 qui ne figuraient pas sur le questionnaire de santé rempli le 25 septembre

A/2674/2008 - 12/15 - 2006. Or, comme l'a précisé la jurisprudence, si l'assureur n'est pas tenu en général de vérifier l'exactitude des renseignements, il ne saurait néanmoins éluder l'obligation, que lui imposent les règles de la bonne foi, de redresser l'erreur commise par l'autre partie, lorsque cette erreur porte sur un fait qu'il connaissait ou devait connaître (ATFA non publié du 9 août 2004, cause 5C.43/2004). Compte tenu de ce qui précède, la défenderesse aurait donc été déchue de son droit de se prévaloir d'une réticence. Il s'ensuit que la défenderesse n'a pas valablement résilié les contrats d'assurances complémentaires, lesquels lient encore les parties. La défenderesse doit donc prendre en charge les notes d'honoraires relatives aux traitements médicaux prodigués en 2007 en raison du kyste sacro-coccygien dont a souffert le demandeur, soit une facture établie par la Dresse . B_____ en date du 3 septembre 2007 pour un montant de 721 fr. 70, et deux notes d'honoraires établies les 13 et 27 septembre 2007 par le Dr P. A_____ s'élevant à 4'743 fr. 25 et à 1'780 fr. S'agissant des intérêts moratoires, l'art. 41 al. 1 LCA dispose que la créance qui résulte du contrat est échue quatre semaines après le moment où l'assureur a reçu les renseignements de nature à lui permettre de se convaincre du bien-fondé de la prétention. Ce délai n'a plus de raison d'être dès le moment où l'assureur conteste à tort son obligation. La prestation devient alors immédiatement exigible. L'interpellation de l'assureur est nécessaire à sa mise en demeure, laquelle suppose l'exigibilité de la créance. Aucun intérêt moratoire n'est dû par l'assureur qui n'a pas encore été mis en demeure (CARRE, Loi fédérale sur le contrat d'assurance, édition annotée, 2000, ad art. 41 LCA, p. 301 et les références citées). L'intérêt moratoire est fixé à 5% conformément aux art. 102 et 104 du code des obligations du 30 mars 1911 (CO) applicable par renvoi de l'art. 100 LCA. En l'occurrence, la défenderesse a refusé de rembourser les notes d'honoraires précitées par courrier du 12 octobre 2007, rendant les prestations exigibles dès cette date. Par courrier du 11 février 2008, le demandeur a mis en demeure la défenderesse, de sorte que l'intérêt moratoire de 5% est dû à partir de cette date. 8. La demande sera donc admise, les contrats d'assurances complémentaires liant toujours les parties, et la défenderesse sera condamnée à prendre en charge les factures relatives aux traitements médicaux du kyste sacro-coccygien prodigués en 2007, avec intérêts à 5% dès le 11 février 2008. Le demandeur obtenant gain de cause, la défenderesse sera condamnée à lui verser une indemnité de 3'500 fr. à titre de dépens.

A/2674/2008 - 13/15 -

A/2674/2008 - 14/15 -

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