

GE_GERICHTE ATA/236/2000 vom 11. April 2000

GE Cour de justice, 2000-04-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATA_236_2000

FR: GE_GERICHTE ATA/236/2000 du 11 avril 2000

IT: GE_GERICHTE ATA/236/2000 del 11 aprile 2000

Regeste

Résumé: L'assurée qui ne mentionne pas l'existence de traitements médicaux au moment de la conclusion du contrat, ne commet pas une réticence dans la mesure où il n'y a pas de corrélation entre ces traitements et les maladies dont elle souffre après la conclusion du contrat. En conséquence : Annulation des réserves rétroactives (d'ailleurs non prévues par les CGA, seules des réserves pour l'avenir étant possibles). Ne commet pas une réticence, l'assurée qui ne mentionne pas l'existence de traitements médicaux antérieurs dans la mesure où il n'y a pas de corrélation entre ces traitements et les maladies dont elle souffre depuis la conclusion du contrat.

Erwägungen

E. 1

Interjetée en temps utile devant la juridiction compétente, la demande est recevable (art. 56 C let. a in fine de la loi sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ - E 2 05, art. 86 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10)

E. 2

La réticence ne concerne que les assurances-maladie complémentaires. Dès lors, seule la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA - RS 221.229.1) et les conditions générales d'assurances de la caisse sont applicables en l'espèce.

E. 3

Du fait qu'il n'existe pas de droit à s'assurer pour des prestations plus élevées que les prestations minimales prévues par la loi, les caisses peuvent faire dépendre de l'état de santé du candidat son admission dans une telle assurance (ATF 114 V 277; RAMA 1989 K 793 p. 20 consid. 2c).

- 8 -

Ainsi, lorsque l'assuré contracte une assurance complémentaire, la caisse peut introduire des réserves en ce qui concerne les prestations supplémentaires à celles de l'assurance de base. Si, dans un cas comme dans l'autre, la caisse n'a pas formulé de réserve lors de l'admission ou de l'augmentation des prestations assurées, elle ne peut le faire après coup qu'en cas de réticence (ATF 110 V 309 consid. 1 et les références).

E. 4

a. La notion de réticence est utilisée tant par la LCA que dans le domaine des assurances sociales. L'article 6 LCA définit la réticence comme l'omission de déclarer ou le fait de déclarer inexactement, lors de la conclusion du contrat d'assurance, un fait important que la personne astreinte à la déclaration connaissait ou devait connaître. La LAMA ne contient

aucune définition de la réticence. La jurisprudence la qualifie comme le fait de ne pas annoncer à la caisse, en la passant sous silence de manière fautive, une maladie existante ou une maladie antérieure sujette à rechute que l'assuré connaissait ou aurait dû connaître en faisant preuve de l'attention que l'on pouvait exiger de lui (ATF 111 V 28; 110 V 310 consid. 1). C'est ainsi un comportement intentionnel ou par négligence qui est visé.

Malgré leur formulation différente, ces deux définitions ont pour objet la même notion de réticence : "Il s'agit de l'omission de déclarer ou du fait de déclarer inexactement, lors de la conclusion de l'assurance ou en cas d'augmentation ultérieure des prestations, des maladies ou affections dont souffre ou a souffert la personne à assurer" (B. VIRET, La réticence dans l'assurance-maladie privée et sociale in : Revue Suisse d'Assurances, Berne 1975, p. 48).

b. Pour apprécier s'il y a eu violation coupable du devoir d'aviser la caisse, il faut notamment prendre en considération la façon dont l'assurance a cherché à découvrir les maladies du candidat en établissant le questionnaire de santé. Plus le questionnaire est détaillé, plus la faute doit être considérée avec sévérité. En revanche, plus les questions sont formulées de manière générale, plus une éventuelle omission du candidat devra être appréciée avec indulgence (A. BORELLA, L'affiliation à l'assurance-maladie sociale suisse, Lausanne 1993, pp. 215 et 218).

c. L'obligation de renseigner la caisse ne s'étend

- 9 -

pas à des indispositions survenues sporadiquement, que le candidat pouvait de bonne foi considérer comme sans importance et passagères, sans devoir les tenir pour une cause de rechute ou des symptômes d'une maladie imminente aiguë (ATF 116 II 340 consid. 1b; 109 V 38 consid. 1b; 106 V 174 consid. 3b; RAMA 1989 K. 825 p. 405 consid. 2c).

Une simple prédisposition à la maladie n'est en soi pas encore une maladie (RJAM 1979 n° 388 p. 266 consid. 2).

d. On ne saurait laisser à l'assuré le soin d'apprécier si une affection doit être annoncée ou pas (ATA J. du 5 octobre 1997).

Selon la jurisprudence, l'assuré commet une réticence lorsqu'avant l'adhésion à l'assurance ou au moment de celle-ci, il souffrait physiquement d'une maladie avec présence de "troubles", autrement dit qu'il avait "mal" (cf. par ex. RAMA 1989 K 825 p. 405 consid. 2b; ATA J. du 5 août 1997). Il en va de même lorsque l'assuré a consulté un médecin qui a diagnostiqué un état pathologique et lui a conseillé un traitement (cf. par ex. RAMA 1987 K 718 p. 98 consid. 3b; RJAM 1986 K 667 p. 95 consid. 3; RJAM 1982 n° 478 p. 47 consid. 2; RJAM 1968 n° 23 p. 43 consid. 2; ATA C. du 28 avril 1998 et les références citées).

e. Enfin, il sied de rappeler que la réticence ne peut être admise qu'avec la plus grande retenue (ATF 101 II 344).

E. 5

En matière d'assurance-maladie, comme dans les autres domaines de l'assurance sociale, les rapports entre les intéressés sont régis par les règles de la bonne foi ou principe de la confiance (RJAM 1982 n° 514 p. 286 consid. 3a). En effet, les questions d'affiliation à une caisse-maladie privée chargée d'exécuter des tâches de droit public sont réglées par le droit privé (A. BORELLA, op. cit., p. 103).

Selon le principe de la confiance, "les manifestations de volonté s'interprètent dans le sens que le destinataire pouvait et devait leur donner, selon les règles de la bonne foi" (ATF 105 II 18, JdT 1979 I 486; RSJ 1981 p. 44). Autrement dit, "pour décider de l'existence et du contenu d'un acte juridique sur le sens duquel divergent les parties, il faut retenir le sens que

- 10 -

le destinataire pouvait et devait raisonnablement donner à la manifestation de volonté (apparente ou réelle), eu égard à toutes les circonstances" (P. GAUCH / W. SCHLUEP / P. TERCIER, Partie générale du droit des obligations, Zurich 1982, tome I, p. 39).

E. 6

En cas de réticence, l'assureur n'est pas lié par le contrat, à condition qu'il s'en soit départi dans les quatre semaines à partir du moment où il a eu connaissance de la réticence (art. 6 LCA).

E. 7

L'article 8 des conditions générales pour les assurances-maladie complémentaires, édition 1.1.1997, de la caisse, prévoit que pour les personnes qui, au moment où elles présentent leur proposition d'assurance, souffrent d'une maladie ou des suites d'un accident, l'assureur peut émettre des réserves sur celles-ci. Sont aussi l'objet d'une réserve, les maladies et les accidents dont l'assuré a souffert antérieurement si, selon l'expérience, des rechutes sont possibles (al. 1). Les réserves sont émises pour toute la durée du contrat. L'assuré est libre de faire attester à ses frais qu'une réserve n'est plus justifiée (al. 2).

Selon l'article 10 des mêmes conditions générales, si le preneur d'assurance a, lors de la conclusion du contrat d'assurance, omis de déclarer ou inexactement déclaré un fait important qu'il connaissait ou aurait dû connaître, l'assureur n'est pas lié par le contrat, à condition qu'il s'en soit départi dans les quatre semaines à partir du moment où il en a eu connaissance.

E. 8

En l'espèce, la demanderesse ne suivait pas de traitement médical lorsqu'elle a rempli les propositions d'assurance des 28 novembre 1997 et 29 janvier 1998. Il est établi par ailleurs qu'à cette occasion, elle n'a pas mentionné qu'elle avait été suivie par le Dr L. depuis 1991, par le Dr C. entre 1993 et le 21 octobre 1996 et enfin, qu'elle avait subi une hystérectomie pour myome en octobre 1997.

Ce faisant, la demanderesse a répondu de manière incomplète à la question 3 du questionnaire médical puisqu'elle n'a signalé que les deux interventions des tunnels carpiens, à raison desquelles une réserve a d'ailleurs été instituée.

La question est donc de savoir si en omettant de déclarer les traitements antérieurs, la demanderesse a

- 11 -

commis une réticence. Pour cela, il faudrait que la demanderesse eût été tenue, sur la base du questionnaire, de parler des événements en question. En d'autres termes, il s'agit de déterminer si la demanderesse pouvait raisonnablement et en toute bonne foi considérer les épisodes médicaux antérieurs comme sans importance pour le questionnaire de l'assureur (ATF 116 II 338 consid. 1 et les références), et ce en dépit de la formulation large du chiffre

3 de celui-ci, de sorte que l'on pourrait lui imputer une violation de son obligation de renseigner. Le seul fait d'avoir suivi antérieurement un, voire plusieurs traitements médicaux, n'est en soi pas déterminant. Encore faut-il qu'il y ait eu des indices de troubles ayant valeur de maladie et que celle-ci soit la cause d'une éventuelle réserve.

E. 9

a. L'instruction menée par le tribunal de céans, et en particulier l'audition du Dr C., a permis de clarifier un certain nombre d'éléments. Le fait que le Dr C. ait opéré un certain nombre de confusions - notamment dans les dates - et qu'il ait été amené à expliciter ses déclarations pour les situer dans leur contexte, est certes regrettable mais cela ne saurait leur enlever toute valeur probante. Le tribunal de céans n'a pas de raison de mettre en doute les informations qu'il a lui-même recueillies et qui lui ont été données en audience, en présence des parties, sur la base de notes établies par le témoin en cours de traitement.

Ainsi, revenant sur ses déclarations initiales, le Dr C. a confirmé, concernant les allergies saisonnières, qu'il en avait constaté pour la première fois la présence à sa consultation du 23 avril 1998. Sur ce point, le témoin a confirmé les renseignements qu'il avait donnés au médecin-conseil de la caisse, le 14 décembre 1999 et au tribunal de céans, le 24 janvier 2000.

S'agissant des troubles somatoformes sous forme d'une fibromyalgie, celle-ci est devenue évidente cliniquement depuis mai 1998, date à laquelle il en avait fait part à la demanderesse. Sur ce point également, le témoin a confirmé ses dernières déclarations au médecin-conseil et au Tribunal administratif.

S'agissant de l'état de santé de la demanderesse en novembre 1997 et janvier 1998, le témoin est revenu sur ses précédentes déclarations et en particulier, il a annulé le chiffre 3 de son courrier du 24 janvier 2000 au tribunal de céans. Il lui était impossible de se

- 12 -

prononcer dès lors que cette période correspondait précisément à l'interruption du traitement médical de la demanderesse.

Il résulte de ce qui précède qu'aucun élément médical n'établit qu'il existe une corrélation entre les traitements médicaux prodigués à la demanderesse en 1991 et 1993 et les maladies dont elle souffre depuis 1998. En particulier, le Dr C. n'a pas mentionné l'existence de troubles psychologiques qu'il aurait constatés en 1993, qui auraient connu une progression continue et ininterrompue et qui se seraient développés pour conduire au diagnostic de troubles somatoformes douloureux posés en mai 1998. Quant aux allergies saisonnières, elles sont apparues pour la première fois en avril 1998.

Ainsi, l'éventuelle réticence que la demanderesse aurait commise en ne mentionnant pas les traitements antérieurs, n'a nullement privé la caisse de la possibilité de prononcer les deux réserves discutées au moment de l'admission.

Le Tribunal administratif relève également que les dispositions réglementaires de la caisse ne prévoient pas l'institution de réserves rétroactives. En cas de réticence, la caisse peut se départir du contrat à condition de respecter le délai de quatre semaines. Or, la caisse a renoncé à cette mesure.

E. 10

La demande sera donc admise. Les réserves rétroactives seront annulées et la caisse condamnée à prendre en charge la note d'honoraires du Dr C. du 27 juillet 1998.

Vu la nature du litige, aucun émolument ne sera perçu. Une indemnité de procédure de CHF 1'000.-- sera allouée à la demanderesse, qui a procédé avec l'aide d'un avocat, à charge de la caisse (art. 47 de la loi fédérale du 23 juin 1978 sur la surveillance des institutions d'assurance privées (LSA - RS 961.01 et art. 89G LPA).

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