

GE_GERICHTE A/2786/2009 vom 13. Oktober 2009

GE Cour de justice, 2009-10-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2786_2009

FR: GE_GERICHTE A/2786/2009 du 13 octobre 2009

IT: GE_GERICHTE A/2786/2009 del 13 ottobre 2009

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 13.10.2009
A/2786/2009

A/2786/2009 ATAS/1257/2009 du 13.10.2009 (LCA) , REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2786/2009
ATAS/1257/2009 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES
SOCIALES Chambre 1 du 13 octobre 2009 En la cause Monsieur R_____,
domicilié à Meyrin demandeur contre ASSURA - ASSURANCE MALADIE ET
ACCIDENT, sise Z.I. En Budron A1, 1052 LE MONT s/ LAUSANNE défenderesse EN
FAIT Monsieur R_____ est affilié auprès d'ASSURA et d'ASSURA SA depuis le 1
er avril 1996, au bénéfice de l'assurance obligatoire des soins selon les dispositions de la
LAMal (Basis), d'une assurance complémentaire étendue dès le 1 er juin 2006
(Complementa Maxi), d'une assurance complémentaire pour l'hospitalisation en division
privée ou en clinique (Optima) et d'une assurance complémentaire pour les frais dentaires
(Denta Plus). Le 25 mars 2008, il a demandé la couverture Natura, soit une assurance
complémentaire des médecines douces. Il a indiqué qu'il n'avait pas présenté de troubles de
santé les douze mois précédents et qu'il n'avait pas consulté de thérapeute en médecine
naturelle, qu'en revanche un traitement de réflexologie était envisagé à compter du 1 er mai
2008 auprès de Madame S_____ à Carouge. L'inclusion de la catégorie Natura lui
ayant été refusée, il lui a été indiqué, lors d'un entretien téléphonique du 10 avril 2008, qu'il
pourrait déposer une nouvelle demande lorsque le traitement de réflexologie dispensé par
Madame S_____ serait terminé. Le 30 avril 2008, l'assuré a informé ASSURA qu'il
avait suivi un traitement préventif pour le rhume des foies, et que ce traitement était
terminé. Une proposition comprenant la couverture Natura a ainsi été signée le 8 mai 2008.
L'assuré a déclaré dans le questionnaire ad hoc qu'il était en bonne santé. Par courrier du 9
juin 2008, ASSURA lui a confirmé l'inclusion de l'assurance complémentaire Natura à son
contrat, avec effet au 1 er juin 2008. L'assuré a communiqué à ASSURA des notes
d'honoraires établies par Monsieur T_____, naturopathe, datées des 26 juillet, 11
octobre et 7 décembre 2008 et par Mme S_____, réflexologue, les 8 août et 27
décembre 2008, pour des séances ayant eu lieu les 7 mai, 17 juillet, 3 octobre, 22 octobre,
12 novembre et 12 décembre 2008. Interrogée par ASSURA, Madame S_____ a
indiqué que son patient souffrait de difficultés du système digestif, que la date du début du
traitement était le 3 octobre 2008 et que les symptômes de l'affection en cause étaient
survenus déjà depuis quelques mois. Monsieur T_____, quant à lui, répondant aux
mêmes questions, a déclaré que le patient se plaignait d'anxiété, de palpitations dans la
première phase, de problèmes liés au foie et à la vésicule biliaire, de grippe avec fièvre, de
problèmes de concentration, de troubles du sommeil et de chutes de tension. Les causes de
ces différents troubles sont le stress, la fatigue, l'alimentation et la conjoncture économique
("personne surmenée avec pressions clients dans le système bancaire d'aujourd'hui"). Le

traitement a commencé le 28 novembre 2007. S'agissant plus particulièrement des problèmes de concentration, de troubles du sommeil et de tension, l'état du patient nécessiterait encore une à deux séances. Pour les autres, le traitement est terminé. Constatant que l'assuré avait déclaré qu'il était en bonne santé le 8 mai 2008, alors qu'il souffrait déjà des troubles traités par Monsieur T_____ et Madame S_____, ASSURA lui a demandé d'expliquer pour quelles raisons les affections en cause n'avaient pas été mentionnées lors de la demande de la couverture Natura. Le 21 mars 2009, celui-ci a indiqué qu'à cette date, il n'était en traitement ni chez Monsieur T_____ ni chez Madame S_____, que les consultations des 7 mai et 21 juillet 2008 n'entraient pas dans le cadre d'une pathologie profonde nécessitant un traitement prolongé, qu'il s'agissait d'entretiens uniques visant à traiter un désagrément précis passager et non chronique. Il ne demandait du reste pas le remboursement de ces séances. Interrogée par ASSURA, Madame S_____ a précisé que les plaintes exprimées par le patient lors du traitement dispensé du 7 mai au 17 juillet 2008 étaient une nervosité (excitation) et un manque de sommeil. Elle ne pouvait cependant pas indiquer la date d'apparition des symptômes de l'affection en cause. Par courrier du 22 avril 2009, ASSURA, se fondant sur le chiffre 4.1.1 des conditions générales pour l'assurance-maladie complémentaire (CGA), a informé l'assuré que tout traitement en relation avec des affections en cours lors de la signature de la proposition était exclu de la catégorie Natura. L'assurance lui a dès lors retourné les factures, au nombre de quatre, établies par Madame S_____ et Monsieur T_____ pour un montant total de 1'120 fr. Le 8 mai 2009, l'assuré a contesté la position d'ASSURA, affirmant qu'il ne souffrait en aucun cas de nervosité, de troubles du sommeil ou de troubles digestifs avant le 8 mai 2008. Il rappelle que les séances des 7 mai et 21 juillet 2009 (recte 2008) n'étaient pas destinées à traiter une pathologie profonde, chronique et handicapante ; il s'agissait simplement de traiter des symptômes passagers et bénins. Elles étaient également destinées à déterminer les alternatives à la médecine traditionnelle. Le 26 mai 2009, ASSURA a maintenu sa position, considérant que les premières consultations notamment auprès de Monsieur T_____ pour les troubles d'anxiété et les palpitations avaient eu lieu dès le 28 novembre 2007 et que le traitement auprès de Madame S_____ pour nervosité, troubles de la digestion et manque de sommeil avait commencé le 7 mai 2008 déjà. L'assuré a porté le cas auprès du Tribunal de céans le 3 août 2009. Il a expliqué que "cela faisait plusieurs années que je souffrais de légers troubles digestifs et abdominaux, suivis également de troubles liés principalement au stress mais ne nécessitant aucune intervention médicamenteuse chimique ou toute autre consultation, car ces troubles étaient passagers et sans complication pour ma personne. Après plusieurs recherches sur les médecines alternatives, j'ai décidé de souscrire à une police d'assurance Natura de mon assureur ASSURA car je pense que les médecines alternatives peuvent apporter une plus-value dans certains cas bien précis. Avant de souscrire à cette police, j'avais décidé de prendre un rendez-vous avec Madame S_____ et Monsieur T_____ afin d'évaluer les réels potentiels de cette médecine alternative. J'ai pris ces rendez-vous car j'étais à l'époque légèrement souffrant (angines à répétition, sinusites et quelques troubles passagers de digestion), mais j'étais dans un état de santé généralement très bon ; ces consultations ont été effectuées les 7 mai et 21 juillet 2008. J'ai par la suite de nouveau consulté Madame S_____ et Monsieur T_____ cette fois-ci pour des troubles plus importants nécessitant un traitement de fond". Dans sa réponse du 20 août 2009, ASSURA s'est à nouveau référée au chiffre 4.1.1. CGA et a rappelé que si les troubles de nervosité, du sommeil et digestifs, présents depuis

novembre 2007, avaient été dûment mentionnés, une réserve aurait été introduite dans le contrat de l'assuré. Elle a dès lors conclu au rejet de la demande. Ce courrier a été transmis à l'assuré, puis la cause gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 4 et let. c de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), 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 ; RS 830.1) qui sont relatives à la Loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10) 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 ; RS 832.20), relevant de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (Loi sur le contrat d'assurance, LCA ; RS 221.229.1). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Déposée le 3 août 2009, la présente demande est recevable. Elle porte sur la prise en charge par ASSURA des factures établies par Madame S_____ et Monsieur T_____. La LCA a subi des modifications par la novelle du 17 décembre 2004, entrée en vigueur le 1 er janvier 2006 et le 1 er 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 1 er octobre 2008, cause 4A_261/2008). Il s'ensuit que la couverture Natura incluse dans le contrat d'assurance de l'assuré le 8 mai 2008 est soumise à l'art. 6 LCA dans sa teneur après le 1er janvier 2006, date à laquelle la disposition en question a été modifiée par le ch. 1 de la loi fédérale du 17 décembre 2004. 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 inexactement 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 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). Dans un arrêt du 6 octobre 2004 (cause 5C.79/2004), le Tribunal fédéral a rappelé que la LCA ne contient pas de règle d'interprétation des contrats. Comme elle renvoie au Code des obligations pour tout ce qu'elle ne règle pas elle-même (art. 100 LCA), la jurisprudence en matière de contrats est applicable. D'après celle-ci, les conditions générales font partie intégrante du contrat et doivent être interprétées selon les mêmes principes que les autres dispositions contractuelles (ATF 122 III 118 consid. 2a; 117 II 609 consid. 6c p. 621). Aux termes du ch. 4.1.1 des Conditions générales pour l'assurance-maladie (CGA), sont exclues de l'assurance, les affections faisant l'objet d'une réserve. Il en va de même pour les affections en cours lors de la signature de la proposition lorsque l'assuré bénéficiait de prestations analogues auprès d'un autre assureur ou, à défaut, lors de l'entrée en vigueur du contrat, ainsi que les suites d'accidents survenus avant l'entrée en vigueur du contrat. Il n'y a pas en l'espèce de difficultés d'interprétation du ch. 4.1.1 CGA, au demeurant parfaitement claires. L'assuré a demandé, pour la seconde fois, le 8 mai 2008, l'introduction dans son contrat d'une assurance complémentaire des frais de médecines alternatives, dite Natura. Il est couvert par cette catégorie à compter du 1^{er} mai 2008. Il s'agit dès lors de déterminer si Madame S_____ et Monsieur T_____ ont traité l'assuré pour des troubles existant avant le 1^{er} mai 2008. L'assuré a déclaré, le 8 mai 2008, lors de sa demande d'affiliation à l'assurance complémentaire Natura, qu'il était en bonne santé et qu'il n'envisageait plus aucun traitement. Or force est de constater que l'assuré présentait en tout cas certains des troubles traités par les thérapeutes, dont les factures ont été écartées par ASSURA, en novembre 2007 déjà, et que le traitement dispensé par Madame S_____ a commencé le 7 mai 2008, soit après le 1^{er} mai 2008. Aussi la demande est-elle rejetée. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare la demande recevable. Au fond : La rejette. Dit que la procédure est gratuite. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la Loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110) auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne)**

pour ce qui a trait aux prestations relevant de la LAMal et/ou par la voie du recours en matière civile auprès du Tribunal fédéral (av. du Tribunal fédéral 29, case postale, 1000 Lausanne 14), conformément aux art. 72 ss LTF en ce qui concerne les prestations relevant de la LCA; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Nathalie LOCHER La Présidente Doris WANGELER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique et à l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers par le greffe le

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