

VD_FINDINFO AP / 2010 / 227 vom 16. März 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-03-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AP___2010___227

FR: VD_FINDINFO AP / 2010 / 227 du 16 mars 2010

IT: VD_FINDINFO AP / 2010 / 227 del 16 marzo 2010

Regeste

ASSURANCE-MALADIE ET ACCIDENTS, CONTRAT D'ASSURANCE | 12 al. 2
LAMal, 12 al. 3 LAMal, 12 LAMal, 9 LCA

Erwägungen

E. 1

Le présent litige relève de l'assurance-maladie complémentaire, soumise au droit privé et, partant, à la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA, RS 221.229.1), en vertu de l'art. 12 al. 2 et 3 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, RS 832.10). a) L'art. 1 DTAs-AM (Décret du 20 mai 1996 relatif à l'attribution au Tribunal cantonal des assurances de la compétence du contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie; RSV 173.431) prévoit que le contentieux en matière d'assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale est de la compétence du "Tribunal cantonal des assurances", actuellement de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal qui a repris au 1^{er} janvier 2009 les attributions de l'ancien Tribunal des assurances sans que le décret précité n'ait été modifié (Tappy, Note sur le contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie de lege lata et de lege ferenda, in JT 2009 III 21 ss, spéc. p. 24). Selon la jurisprudence (JT 1999 III 106 c. 2; JT 2009 III 15), les litiges relatifs aux assurances complémentaires constituent des contestations civiles pécuniaires et les jugements en la matière de la Cour des assurances sociales ou de son président peuvent être contestés devant la Chambre des recours lorsque le recours en matière civile au Tribunal fédéral n'est pas ouvert, soit lorsque la valeur litigieuse est inférieure à 30'000 fr., à moins que la contestation ne soulève une question juridique de principe (art. 74 LTF [loi du 17 juin 2005 sur le tribunal fédéral, RS 173.110]). En matière pécuniaire, la valeur litigieuse correspond aux droits contestés dans la dernière instance cantonale (JT 2006 III 18 c. 1b). b) En l'espèce, le recours est dirigé contre un jugement rendu par un président de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en matière d'assurance-maladie complémentaire. Les conclusions du recours s'élèvent au montant de 4'350 fr. 95, qui détermine la valeur litigieuse (art. 116 LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire, RSV 173.01] applicable par analogie aux recours cantonaux et 74 al. 1 let. b LTF). On se trouve donc sous le seuil posé à l'art. 74 al. 1 let. b LTF. Par ailleurs, le présent litige ne paraît pas non plus poser une question juridique de principe (art. 74 al. 2 let. a LTF). Le recours en matière civile au Tribunal fédéral ne paraît ainsi pas ouvert. Déposé en temps utile par une partie qui y a intérêt, le présent recours est donc recevable devant la Chambre des recours. Il tend à la réforme.

E. 2

Dans le cadre d'un recours contre un jugement rendu par la Cour des assurances sociales ou par son président en matière d'assurance-maladie complémentaire, la cour de céans applique

l'art. 452 CPC à tous les litiges de sa compétence (JT 2009 III 15 c. 2a; JT 2006 III 18 c. 4; CREC I 24 février 2010/92). Il en découle que les parties ne peuvent articuler des faits nouveaux, sous réserve de ceux résultant du dossier et qui auraient dû être retenus ou de ceux pouvant résulter d'une instruction complémentaire selon l'art. 456a CPC (art. 452 al. 1^{er} CPC; JT 2006 III 29 c. 1b; JT 2003 III 3, 16 et 109). Dans ces limites, la Chambre des recours revoit librement la cause en fait et en droit (art. 452 al. 2 CPC).

E. 3

a) L'art. 9 LCA dispose que le contrat d'assurance est nul, sous réserve des cas – sans pertinence pour la présente espèce – prévus à l'art. 100 al. 2 LCA, si, au moment où il a été conclu, le risque avait déjà disparu ou si le sinistre était déjà survenu. La finalité de l'art. 9 LCA est d'exclure de l'assurance les événements futurs certains, c'est-à-dire ceux dont la cause préexiste à la conclusion du contrat (Maurer, *Privatversicherungsrecht*, 3^{ème} éd., pp. 243 s.; Honsell / Vogt / Schnyder, *Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag*, Bâle et Genève 2001, p. 173; Kuhn / Montavon, *Droit des assurances privées*, Lausanne 1994, pp. 108-112, spéc. p. 110 avec note 53; Carré, *Loi fédérale sur le contrat d'assurance*, édition annotée, Lausanne 2000, note ad art. 9). Dans l'assurance-maladie complémentaire, le risque contre les conséquences duquel l'assurance a été conclue consiste en la maladie de la personne assurée (ATF 127 III 21 c. 2b/aa, JT 2001 I 568). Selon la jurisprudence, lorsqu'une maladie s'est déclarée avant la conclusion du contrat, il faut considérer que le sinistre est déjà survenu au sens de l'art. 9 LCA, de sorte qu'un contrat ne peut pas être valablement conclu ultérieurement pour couvrir des rechutes de cette maladie, même si celle-ci a été signalée par l'assuré (ATF 127 III 21; Bruhlhart, *Droit des assurances privées*, 2008, n. 427 p. 189, qui relève que cette jurisprudence a fait l'objet de critiques). La notion juridique de la maladie ne se recoupe pas nécessairement avec la notion médicale (ATF 124 V 118 c. 3b). La conception selon laquelle ce n'est pas l'apparition des symptômes, mais leur cause médicale qui importe pour définir la maladie, est en accord avec la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (ATF 124 V 118 c. 6b) et avec la réglementation des réserves dans l'assurance maladie obligatoire (ATF 127 III 21 c. 2b/bb). La maladie se définit selon les CGA applicables (art. 6.1 CGA AMC), qui reprennent l'art. 3 LPGA comme "toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail". Au regard de l'art. 9 LCA, ce n'est pas la connaissance subjective du preneur d'assurance, mais la seule existence objective de l'affection qui est décisive (Nef, *Commentaire bâlois*, 2001, n. 17 ad art. 9 LCA; Roelli / Keller, *Kommentar zum schweizerischen Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag*, I, Berne 1968, p. 174 et les références à la note 8; König, *Schweizerisches Privatversicherungsrecht*, 3^{ème} éd., Berne 1967, p. 160). Le moment décisif pour déterminer si un sinistre était déjà intervenu est celui de la conclusion (consensuelle et soumise à la forme des art. 1 ss LCA) du contrat, et non pas celui de l'entrée en vigueur du contrat ou du jour de délivrance de la police (ATF 122 III 128, JT 1987 I 805; TF, RBA XII n. 38). L'ATF 127 III 21 a jugé que le risque est survenu lorsqu'une maladie s'est déclarée avant la conclusion du contrat, a été traitée comme telle (il s'agissait d'une arthrose) et présente des risques de rechute. Les symptômes qui apparaissent ultérieurement en pareilles circonstances sont à regarder en effet comme des restes d'une maladie qui perdure. Toutefois, l'hypothèse de la rechute n'est pas ici en cause. Dans un cas où une malposition dentaire avait exigé un examen médical quelques années avant la conclusion du contrat, il a été jugé que le sinistre était survenu avant celle-ci (Pdt TAss, 23 avril 2004, AMC 9/03 – 13/2004). Dans le cas d'une agénésie dentaire, à savoir l'absence de

formation d'une dent, n'ayant été constatée par des radiographies qu'après la conclusion du contrat, il a en revanche été jugé que les conditions de l'art. 9 LCA n'étaient pas réalisées, dès lors que rien n'avait justifié auparavant de procéder à des examens (TAss, 24 juillet 2006, AMC10/04-12/2006). La cour de céans a jugé que le mauvais positionnement des dents n'appelait pas nécessairement un examen ou un traitement médical et lorsqu'il n'avait jamais donné lieu à un tel examen avant la conclusion du contrat, l'art. 9 LCA n'était pas applicable si une intervention médicale se révélait après coup nécessaire. En revanche, lorsqu'une malposition dentaire avait exigé un examen médical quelques années avant la conclusion du contrat, le sinistre était survenu avant celle-ci (CREC I 24 février 2010/92 c. 4b, qui se réfère à Pdt TAss 23 avril 2004 précité). b) En l'espèce, en 2003, alors que l'intimée était âgée de 10 ans, le mauvais positionnement de ses dents a fait l'objet d'un constat médical lors d'un examen. Dès cette date, on doit admettre que l'atteinte à la santé exigeait à tout le moins un examen. En effet, les avis médicaux concordent sur l'existence de l'affection dès 2003, même si une détérioration n'a été constatée qu'à la fin 2006. Dès lors, le sinistre est survenu antérieurement à la conclusion du contrat d'assurance maladie complémentaire, le 12 octobre 2006. La nullité du contrat doit être constatée en application de l'art. 9 LCA. Il n'est pas nécessaire de fixer si la nullité du contrat est totale ou si seule la partie des soins orthodontiques – objet des conclusions de l'intimée – est touchée par la nullité (sur l'application discutée de l'art. 20 al. 2 CO, cf. notamment Nef, op. cit., n. 23 ad art. 9 LCA et les références). La restitution d'éventuelles primes n'est en effet pas litigieuse, le montant de celles-ci n'étant au surplus pas connu par des éléments du dossier établissant les paiements intervenus. c) La jurisprudence publiée aux ATF 127 III 21 a été critiquée en matière d'assurance maladie complémentaire en ce qu'elle était excessivement sévère pour un preneur d'assurance qui avait déclaré son affection à l'assureur et dont le contrat a été conclu alors que la pathologie était latente (Hausheer / Jaun, in RJB 2003 p. 67 ss; Schaer, in HAVE/REAS 4/2002, pp. 295 ss; Brulhart, op. cit., n. 427 p. 189). En l'occurrence toutefois, la situation est différente dans la mesure où l'affection n'a pas été déclarée dans le questionnaire écrit adressé à l'assureur. La question de la réticence peut encore être examinée par surabondance, même si l'on ne se rallie pas à la jurisprudence précitée.

E. 4

a) Le contrat en cause a été conclu le 12 octobre 2006, si bien que l'art. 6 LCA dans sa teneur dès le 1er janvier 2006 [modification par la loi fédérale du 17 décembre 2004 entrée en vigueur le 1er janvier 2006 (RO 2005 5250)] est applicable. Cette disposition prévoit que, si celui qui avait l'obligation de déclarer a, lors de la conclusion du contrat, 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 droit de résiliation s'éteint quatre semaines après que l'assureur a eu connaissance de la réticence (al. 2). Si le contrat prend fin par résiliation en vertu de l'al. 1, l'obligation de l'assureur d'accorder sa prestation s'éteint également pour les sinistres déjà survenus lorsque le fait qui a été l'objet de la réticence a influé sur la survenance ou l'étendue du sinistre. Dans la mesure où il a déjà accordé une prestation pour un tel sinistre, l'assureur a droit à son remboursement (al. 3). Selon l'art. 4 LCA, le proposant doit déclarer par écrit à l'assureur, suivant un questionnaire ou en réponse à toute autre question écrite, 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). Que l'assureur ait posé une question précise permet seulement de présumer, selon l'art. 4 al. 3 LCA, que le fait était important; cette présomption peut cependant être renversée par l'assuré en prouvant que, s'il avait répondu de manière exacte et complète, l'assureur aurait néanmoins conclu le contrat aux mêmes conditions (ATF 118 II 333 c. 2; ATF 99 II 67 c. 4e; ATF 92 II 342 c. 5). En l'espèce, contrairement à ce qu'a retenu le premier juge (jgt pp. 8-9), il faut admettre que l'assureur a posé une question écrite, précise et non équivoque, en demandant si, au cours des cinq dernières années, l'intimée avait suivi un traitement ou un contrôle ou un examen ambulatoire ou stationnaire dispensé par un médecin (question 3 du formulaire) et si celle-ci était atteinte d'une invalidité ou d'une infirmité congénitale notamment au niveau des dents ou de la mâchoire (question 4 du formulaire). Les questions relatives à l'existence d'un contrôle médical au cours des cinq années précédentes et à un problème au niveau de la cavité buccale montrent que ces éléments étaient importants pour permettre à l'assureur d'examiner s'il acceptait de conclure le contrat, le cas échéant en formulant une réserve. c) Il faut ensuite se demander si le proposant "connaissait ou devait connaître" la vérité (cf. art. 4 al. 1 LCA et art. 6 LCA). Le proposant doit se demander sérieusement s'il existe un fait qui tombe sous le coup des questions de l'assureur; il doit déclarer, outre les faits qui lui sont connus sans autre réflexion, ceux qui ne peuvent pas lui échapper s'il réfléchit sérieusement aux questions posées (ATF 118 II 333 c. 2b; ATF 116 II 338 c. 1c). Il n'est pas nécessaire, pour qu'il y ait réticence permettant de se départir du contrat, que le preneur d'assurance ait commis une faute (ATF 109 II 60 c. 3c). Dès lors que l'assureur posait des questions au sujet d'un contrôle médical antérieur sur cinq ans et d'un problème relatif à la dentition et à la mâchoire, le proposant devait être attentif et déployer la diligence objectivement commandée par les circonstances pour l'élucider. Les deux questions étaient simples à appréhender et ne portaient pas sur un défaut ou un trouble de la santé qui aurait été plus ou moins difficile à déceler. Le premier juge a justifié l'absence d'indication faite par le représentant légal à la question 3 de l'assureur en invoquant notamment une "querelle d'experts" sur la nécessité ou la probabilité d'un traitement à venir en 2003 (jgt pp. 9-10). Ce point n'est pas décisif : la question 3 se rapporte à des consultations médicales et n'a rien à voir avec le risque d'un traitement (supplémentaire) à venir encore. Le premier juge a encore retenu que les consultations ont été par trois fois liées à des traitements de caries, soit d'interventions bénignes qui pouvaient de bonne foi ne pas être déclarées. En réalité, en mai 2006, soit l'année même de la proposition d'assurance complémentaire, il s'agissait d'une extraction de dent de lait qui ne peut constituer un cas bénin isolé, même dans l'esprit du représentant légal de l'enfant informé en 2003 d'un manque de place l'expliquant. Il incombait au preneur d'assurance de répondre de manière affirmative au sujet des contrôles subis et consultations suivies chez le Dr D.2_____ entre 2001 et 2006 en relation avec ses problèmes dentaires. Comme le souligne la recourante (mémoire ch. 3.3 p. 5), il appartient ensuite à l'assureur de mesurer la portée des déclarations du preneur d'assurance et de pondérer seul la gravité des affections ayant nécessité le recours à un médecin-dentiste. Ces circonstances excluent que même une interprétation restrictive de la réticence s'oppose à l'application de l'art. 6 LCA. Même si l'on ne retenait pas l'art. 9 LCA, la recourante s'est départie valablement du contrat selon l'art. 6 LCA. Du moins, l'absence de déclaration de l'affection dans les questions écrites liées à la proposition d'assurance ne rend plus critiquable l'application en l'espèce de l'art. 9 LCA, conformément à la jurisprudence fédérale (ATF 127 III 21).

E. 5

L'arrêt doit être rendu sans frais, tant en première qu'en deuxième instance (art. 235a TFJC [tarif des frais judiciaires en matière civile; RSV 270.11.5] et 85 al. 3 LSA [Loi fédérale du 17 décembre 2004 sur la surveillance des entreprises d'assurance (Loi sur la surveillance des assurances); RS 961.01] – qui a remplacé l'art. 47 al. 3 LSA de 1978). Il n'y a pas lieu d'allouer à la recourante des dépens, tant en première qu'en deuxième instance, cette partie ayant procédé sans l'assistance d'un mandataire professionnel.

E. 6

En définitive, le recours doit être admis et le dispositif du jugement réformé en ce sens que les conclusions de la demanderesse, preneur d'assurance représentée par son père, sont rejetées et celles libératoires de l'assureur sont admises (I), le jugement étant rendu sans frais ni dépens (II). Les autres chiffres du dispositif du jugement de première instance, devenus inutiles, n'ont plus d'objet et sont supprimés. L'arrêt est rendu sans frais ni dépens. Par ces motifs, la Chambre des recours du Tribunal cantonal, statuant en audience publique, prononce : I. Le recours est admis. II. Le jugement est réformé comme il suit : I. Les conclusions de la demanderesse A._____, représentée par [...], sont rejetées et celles libératoires de la défenderesse assurance X._____ SA sont admises. II. Le jugement est rendu sans frais ni dépens. III. L'arrêt est rendu sans frais ni dépens. IV. L'arrêt motivé est exécutoire. Le président : Le greffier : Du 25 août 2010 Le dispositif de l'arrêt qui précède est communiqué par écrit aux intéressés. Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié en expédition complète, par l'envoi de photocopies à : ■ assurance X._____ SA, ■ Me Jean-Michel Dolivo (pour A._____). La Chambre des recours considère que la valeur litigieuse est de 4'350 fr. 95. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière civile devant le Tribunal fédéral au sens des art. 72 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral – RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Dans les affaires pécuniaires, le recours en matière civile n'est recevable que si la valeur litigieuse s'élève au moins à 15'000 fr. en matière de droit du travail et de droit du bail à loyer, à 30'000 fr. dans les autres cas, à moins que la contestation ne soulève une question juridique de principe (art. 74 LTF). Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Cet arrêt est communiqué, par l'envoi de photocopies, à : ■ Mme la Juge unique de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Le greffier :

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