



TRIBUNAL DES ASSURANCES

Présidence de Mme T H A L M A N N , juge

Membres : M. Donzel et M. Ducommun, assesseurs

Greffier : M. Gilliéron, greffier-substitut

Jugement du 24 mars 2004

dans la cause

X , demanderesse, représentée par sa mère,

V , audit lieu,

contre

Y **Assurance SA** (ci-après : la caisse), à Berne, défenderesse

Art. 6 LCA

En fait:

A. X, née le 13 septembre 1993, est suivie par le Dr J, médecin dentiste, pour des contrôles, le dernier ayant eu lieu le 31 janvier 2002. A cette date, il a donné l'adresse du Dr M. Le Dr J a précisé, le 13 mai 2003, avoir donné le nom de ce spécialiste pour une consultation orthodontique en vue d'un traitement ultérieur en précisant qu'il s'agissait d'avoir l'avis d'un spécialiste pour savoir si un traitement était à envisager ultérieurement.

Le 1^{er} février 2002, la mère d'X a contacté une collaboratrice de la caisse afin qu'elle lui établisse une proposition d'assurance en vue de la conclusion de l'assurance complémentaire "Soins Ambulatoires II". Cette assurance prévoit notamment la prise en charge des traitements d'orthodontie à hauteur de 75 %, mais au maximum de 10'000 fr. par cas de traitement.

Le 9 février 2002, la mère de l'assurée a signé une proposition pour l'admission de celle-ci à l'assurance LCA (loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance) "Soins ambulatoires II". Cette proposition contient une question 2, libellée "*Êtes-vous actuellement en traitement médical classique, thérapeutique ou médical complémentaire ou y a-t-il des investigations en cours concernant votre état de santé?*", et une question 10, libellée "*Y a-t-il chez vous une mauvaise position des dents nécessitant une orthodontie?*". La mère de l'intéressée a répondu par la négative à ces deux questions.

La caisse a alors établi une police d'assurance pour l'assurance "Soins ambulatoires II" prenant effet au 1^{er} mars 2002.

Le 13 mai 2003, la mère de l'assurée a avisé la caisse, par téléphone, que sa fille avait rendez-vous au mois de septembre 2003 chez le Dr M, en vue d'un traitement orthodontique.

Par courrier du 27 mai 2003, la caisse, considérant qu'il y avait violation de l'obligation de renseigner, au sens de l'article 6 LCA, a prononcé

l'exclusion a vie, avec effet rétroactif au début de l'assurance, pour les traitements d'orthopédie dento-faciale de la couverture d'assurance "Soins ambulatoires II".

Le 11 juillet 2003, le Dr J a répondu au questionnaire de la caisse en déclarant que la première consultation avait eu lieu le 4 juillet 2000 et qu'X était en surveillance pour des problèmes de malposition dentaire depuis le 8 décembre 2000; il indique également avoir constaté, le 31 janvier 2002, qu'un traitement orthodontique était "à envisager éventuellement". Une légère malposition était présente avant le 9 février 2002, mais il existait une possibilité de la corriger sans traitement. Quant au diagnostic, le Dr J précise qu'il est "à voir avec l'orthodontiste"; il indique toutefois un "léger overjet avec interposition de la lèvre". Il ajoute avoir avisé la mère de l'assurée qu'il surveillait l'évolution de la situation lors des rendez-vous de contrôle ultérieurs.

B. Par acte déposé le 4 juin 2003, la mère d'X a ouvert action devant l'autorité de céans contre Y en déclarant s'opposer à la mesure d'exclusion prise par ladite caisse.

Dans sa réponse du 20 août 2003, la caisse a conclu au rejet de la demande, au motif que la mère de la demanderesse a commis une réticence, au sens de l'article 6 LCA, au moment de remplir la proposition d'assurance. Subsidiairement, si l'autorité de céans devait considérer que les conditions de l'article 6 LCA ne sont pas réunies, la caisse conclut à la nullité partielle du contrat, pour ce qui concerne les traitements d'orthopédie dento-faciale, au motif que l'article 9 LCA prévoit que le contrat est nul si, au moment où il a été conclu, le risque avait déjà disparu ou si le sinistre était déjà survenu.

Dans sa réplique du 27 septembre 2003, la demanderesse a maintenu les conclusions et moyens de sa demande, tout en produisant un rapport du Dr M du 17 septembre 2003, dans lequel ce médecin indique que la demanderesse lui avait été adressée par le Dr J, non en vue d'un traitement ultérieur, comme le soutient la caisse, mais pour savoir si un traitement était à envisager, ce traitement n'étant alors, selon le Dr M, pas prévu par le Dr J. Il ajoute qu'il ne donne ses premières

consultations que dans un but informatif et non en vue d'un traitement et qu'il n'a pas fixé de rendez-vous ultérieur.

Dans sa duplique du 22 octobre 2003, la défenderesse a maintenu ses conclusions.

C. Une audience d'instruction a eu lieu le 11 décembre 2003.

La mère de la demanderesse a déclaré n'avoir été mise au courant des problèmes de malposition dentaire de sa fille que le 31 janvier 2002, le Dr J lui ayant alors affirmé qu'il n'était pas urgent de traiter le problème, celui-ci pouvant se résoudre par lui-même, mais qu'il fallait tout de même aller consulter un spécialiste. Lorsqu'il s'est agi de remplir le questionnaire de santé accompagnant la proposition d'assurance, elle a téléphoné à la caisse pour avoir des précisions sur la manière de répondre à la question 10; Mme C , collaboratrice de la caisse, lui a alors affirmé que puisque aucun traitement n'était encore prévu, il fallait répondre par la négative.

Entendu en qualité de témoin, A , père de la demanderesse, a déclaré que c'est sa femme qui lui a annoncé le problème de malposition, juste avant qu'ils ne se décident à souscrire une assurance complémentaire; avant le 31 janvier 2002, le Dr J n'en avait jamais parlé. Au moment de prendre cette assurance, il paraissait possible à son épouse et à lui-même qu'ils payent les primes sans que le sinistre survienne, ce qui tend à montrer qu'à ce moment là, la nécessité du traitement orthodontique n'était pas établie.

Entendue comme témoin, C , collaboratrice de la caisse, a déclaré ne pas se souvenir d'un quelconque téléphone avec la mère de la demanderesse, mais indique en recevoir entre trente et quarante par jour. Certains de ces téléphones ont trait à des demandes de renseignements sur la manière de remplir le questionnaire; en matière d'orthodontie, elle avertit les clients de l'absence du délai de carence, les informe qu'il ne faut pas qu'il y ait de traitement prévu, ni de diagnostic posé. Mme C relève que si la mère de la demanderesse lui a affirmé qu'il n'y avait pas de traitement prévu, ni

de diagnostic posé, il est tout à fait possible qu'elle lui ait recommandé de répondre par la négative à la question 10.

En droit:

1. La couverture ici en cause n'est pas soumise à la loi sur l'assurance-maladie (ci-après : LAMal). Il s'agit d'une assurance complémentaire au sens de l'article 12 alinéa 2 LAMal. Elle relève, dès lors, du droit des assurances privées, soit de la LCA, en vertu de l'article 12 alinéa 3 LAMal. Il en résulte que les caisses-maladie ne sont plus, dans ce domaine, des organes administratifs susceptibles de rendre des décisions au sens de l'article 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative. En conséquence, c'est par la voie de l'action que les assurés doivent agir pour contester les prises de position des caisses-maladie relatives aux assurances complémentaires.

En vertu de l'article 12 alinéa 3 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), les assurances complémentaires à l'assurance-maladie obligatoire sont soumises au droit privé, soit à la LCA. Dans le cadre des requisits de l'article 47 alinéas 2 et 3 de la loi fédérale sur la surveillance des institutions d'assurance privées (LSA), le Canton de Vaud a confié leur contentieux au Tribunal des assurances (décret du Grand Conseil du 20 mai 1996 [RALV 1996 p. 119; F.A.O. 1996, p. 1956]).

La compétence du Tribunal des assurances pour toutes les assurances-maladie (complémentaires) relevant de la LCA a été reconnue par l'autorité cantonale de recours supérieure (Ch. rec.; arrêt S c. K Assurances, du 24 juin 1998, n° 257/1998, publié au JT 1999 III 106 ss). Un recours en réforme interjeté contre cet arrêt devant le Tribunal fédéral a été déclaré irrecevable par arrêt du 7 avril 1999 de la IIe Cour civile.

La demande est dès lors recevable.

2. La question est celle de savoir s'il y a eu ou non réticence.

a) Aux termes de l'article 6 LCA, si celui qui devait faire la déclaration a, lors de la conclusion du contrat, omis de déclarer ou inexactement déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître (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.

Selon l'article 4 alinéa 1^{er} 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.

Selon l'alinéa 2 de l'article 4 LCA, 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.

Sont réputés importants les faits au sujet desquels l'assureur a posé par écrit des questions précises, non équivoques (art. 4 al. 3 LCA). Cette présomption peut cependant être détruite quand il est prouvé que l'assureur aurait néanmoins conclu le contrat aux conditions prévues s'il avait connu les faits que le proposant n'a pas indiqués ou qu'il a indiqués d'une façon inexacte (ATF 75 II 158, cons. 3).

Les faits en question sont 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 de facteurs de risque (ATF 118 II 333, cons. 2a et les citations).

Il résulte clairement du texte des article 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, laquelle s'apprécie au demeurant sans égard à une éventuelle faute du preneur. En effet, la loi n'impose pas seulement au proposant de communiquer à l'assureur, en réponse aux questions correspondantes, les faits importants pour l'appréciation du risque qui lui sont effectivement connus, mais également ceux qu'il devrait 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 avait fournis des personnes qualifiées. La loi exige du proposant qu'il se demande sérieusement s'il existe un fait qui tombe sous le coup des questions de l'assureur, mais non qu'il recueille des renseignements sur l'existence d'un pareil fait; le proposant remplit l'obligation qui lui est imposée 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 (ATF 118 II 333, cons. 2b et les arrêts mentionnés; Nef, Basler Kommentar, n. 26 ad art. 6 LCA; Maurer, Privatversicherungsrecht, 3^e éd., p. 251 ss).

b/aa) En l'espèce, la question 10 de la proposition d'assurance, libellée "*Y a-t-il chez vous une mauvaise position des dents nécessitant une orthodontie?*", exige, pour entraîner une réponse positive, que deux conditions soient réunies, savoir une malposition dentaire et un traitement nécessaire ou en cours. Dès lors qu'il était conseillé à la demanderesse d'aller consulter un spécialiste afin de savoir si un traitement était nécessaire ou non, elle ne pouvait répondre à cette question que par la négative.

Que la mère de la demanderesse ait ou non téléphoné à Mme C , collaboratrice de la caisse, pour avoir son avis sur la réponse à donner à cette question (ce qui paraît vraisemblable au vu des déclarations de Mme C à l'audience) est dès lors sans incidence sur l'issue du litige.

bb) A la question 2 de la proposition, libellée "*Êtes-vous actuellement en traitement médical classique, thérapeutique ou médical complémentaire ou y a-t-il des investigations médicales en cours concernant votre état de santé?*", la mère de la défenderesse a répondu par la négative.

Située au début du questionnaire, cette question est d'ordre général et mentionne expressément des investigations médicales en cours. La mère de la demanderesse ignorait certes, au moment de la signature de la proposition

d'assurance, si la malposition dentaire devait être traitée, mais il est en revanche établi que le Dr J lui avait suggéré de faire examiner sa fille X par un spécialiste afin de déterminer si un traitement se justifiait ou non.

Il y avait donc des investigations en cours concernant l'état de santé de la demanderesse et sa mère aurait dû répondre par l'affirmative à cette question. Le fait qu'il y ait des investigations en cours concernant un éventuel traitement orthodontique est un fait important, qu'un traitement ultérieur ait lieu ou non.

Les conditions posées par l'article 6 LCA sont ainsi remplies et la défenderesse était en droit de prononcer, comme elle l'a fait, l'exclusion de la demanderesse pour les traitements d'orthopédie dento-faciale.

Au surplus, le délai de quatre semaines que la loi impartit à l'assureur dès la connaissance de la réticence pour en prononcer la sanction est respecté en l'espèce.

3. La conclusion principale de la défenderesse étant admise, il n'y a pas lieu d'examiner son argumentation fondée sur l'article 9 LCA, qui constitue sa conclusion subsidiaire.

4. Les faits étant complets, d'autres mesures d'instruction n'apparaissent pas utiles.

5. La demande doit dès lors être rejetée.

**Par ces motifs,
le Tribunal des assurances
prononce :**

I. La demande est rejetée.

La présidente :

D. Halimau

Le greffier :

[Signature]

Du 10 SEP. 2004

Le présent jugement, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est communiqué aux parties par envoi sous pli recommandé avec accusé de réception.

Si, d'après leurs conclusions, les droits contestés en première instance n'atteignent pas une valeur de 8'000 fr., les parties peuvent recourir au Tribunal cantonal dans un délai de dix jours dès la notification du présent jugement, en déposant, au greffe du Tribunal cantonal des assurances, Route du Signal 8, 1014 Lausanne, un acte de recours en deux exemplaires désignant le jugement attaqué et contenant leurs conclusions en réforme, éventuellement en nullité ou, à défaut, en indiquant sur quels points le jugement est attaqué et quelle est la modification demandée.

Si, d'après leurs conclusions, les droits contestés en instance cantonale atteignent une valeur d'au moins 8'000 fr., il est loisible aux parties d'interjeter un recours en réforme au Tribunal fédéral, dans un délai de 30 jours dès la réception de la communication écrite de la décision. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au greffe du Tribunal cantonal des assurances, Route du Signal 8, 1014 Lausanne.

Outre la désignation de la décision attaquée et de la partie intimée, l'acte de recours doit contenir :

a. Dans les contestations de nature pécuniaire lorsque le montant de la réclamation n'est pas déterminé, la mention que la valeur exigée est atteinte, ainsi que, éventuellement, les motifs pour lesquels le recourant conteste une constatation contraire de la juridiction inférieure;

b. L'indication exacte des points attaqués de la décision et des modifications demandées. Le simple renvoi aux conclusions formulées dans la procédure cantonale ne suffit pas. Il ne peut être présenté de conclusions nouvelles;

c. Les motifs à l'appui des conclusions. Ils doivent indiquer succinctement quelles sont les règles de droit fédéral violées par la décision attaquée et en quoi consiste cette violation. Il ne peut être présenté de griefs contre les constatations de fait, ni de faits, exceptions, dénégations et preuves nouveaux, ni d'observations sur la violation du droit cantonal;

d. Lorsque la constatation d'un fait que la juridiction cantonale doit apprécier d'après le droit fédéral est attaquée pour le motif qu'elle repose manifestement sur une inadvertance, l'indication exacte de cette constatation et la pièce du dossier qui la contredit;

e. Le cas échéant, la demande d'assistance judiciaire (art. 152 OJF).

(art. 43 ss OJF, spéc. art. 46, 54 et 55).

Le jugement est également communiqué à l'Office fédéral des assurances privées (art. 47 al. 4 LSA).

Le greffier :

PHOTOCOPIE CERTIFIÉE
CONFORME À L'ORIGINAL



[Handwritten signature]