



TRIBUNAL DES ASSURANCES

PRESIDENT DU TRIBUNAL DES ASSURANCES

Présidence de M. R I T T E R, juge

Greffier : M. Mermoud, greffier-substitut

* * * * *

Jugement du 23 avril 2004

dans la cause

X , demandeur, agissant par sa mère, PX
, représentée par l'avocat Thierry Thonney, à Lausanne,

contre

Y **ASSURANCES SA** (ci-après : l'assureur), défenderesse.

Art. 4, 6, 9 LCA et 66 CO

En fait :

A. X , né le 24 avril 1985, a été assuré auprès de Y Assurances SA dès le 1er janvier 1997, au titre d'un contrat individuel "S ", régi par la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA).

Cette couverture a été souscrite par sa mère, PX , en complément de l'assurance obligatoire selon la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal). Était assurée, notamment, la prise en charge partielle de frais d'orthodontie, s'agissant de la correction de la position des dents, à hauteur de 10'000 fr. par traitement et pour 75 % des coûts (selon le tarif applicable à l'assurance obligatoire des soins). La couverture LCA procédait d'une proposition d'assurance signée le 6 janvier 1997 par la détentrice de l'autorité parentale. Répondant, le même jour, à un questionnaire figurant sur une formule intitulée "déclaration concernant l'état de santé" et annexée à la proposition, la signataire de la proposition a notamment répondu par la négative à la question suivante : "Souffrez-vous des suites d'un dommage dentaire ou d'une mauvaise position des dents nécessitant une correction ?".

L'assuré avait fait l'objet d'un examen dentaire et orthodontique scolaire le 1er avril 1996. Il est constant que l'enfant a, à une date indéterminée du début de l'année 2001, été adressé par sa représentante légale au Dr F , spécialiste FMH en orthodontie, à Lausanne, pour une correction de la position des dents de la mâchoire inférieure par la pose d'un appareil de contention. Un traitement a été prodigué du 23 avril 2001 au 28 janvier 2003, pour un coût global de 6'554 fr. 65.

L'assureur a déclaré se départir partiellement du contrat par lettre datée du 18 février 2001 (recte 2002), s'agissant des traitements orthodontiques. Il excipait d'une réticence au sens de l'article 6 LCA pour ce qui est de la couverture portant sur les traitements d'orthodontie dento-faciale; en

outre, par écrit du 13 janvier 2003, il s'est prévalu de la nullité du contrat selon l'article 9 LCA en tant qu'il porte sur les prestations pour soins orthodontiques.

B. X, représenté par sa mère, agissant elle-même par l'avocat Thierry Thonney, a saisi le Tribunal des assurances le 13 mai 2003, concluant au versement, par l'assureur, d'un montant de 6'554 fr. 65 plus intérêt à 5 % l'an dès le jour de l'ouverture d'action, au titre du traitement orthodontique en cause.

Dans sa réponse du 8 juillet 2003, la défenderesse a conclu au rejet de la demande. Elle a fait valoir que le proposant avait commis une réticence en passant sous silence la mauvaise position de ses dents, subsidiairement que le contrat est nul du fait que l'événement assuré était déjà survenu lors de sa conclusion.

Les parties ont maintenu leurs conclusions de principe respectives au cours de l'échange d'écritures ultérieur. Le demandeur a pris des conclusions subsidiaires en restitution de la part de prime afférente à la couverture des frais orthodontiques, mais sans les quantifier, ni fournir d'élément permettant de les déterminer.

C. Le contrat et les conditions d'assurance applicables ont été produits. Le Juge instructeur a interpellé la défenderesse quant au montant de la part de prime de l'assurance complémentaire des soins ambulatoires de la catégorie II relative à la couverture des frais médicaux pour les traitements orthodontiques.

E n d r o i t :

1. Le Tribunal des assurances est compétent pour connaître du présent litige (décret du Grand Conseil du 20 mai 1996 [RSV 2.2 D]). Selon les conclusions de la demande, la valeur litigieuse est inférieure à 8'000 francs en capital; la valeur litigieuse en relation avec les conclusions subsidiaires formulées dans la réplique n'est pas davantage supérieure ou égale à ce

montant, au vu des déterminations de la défenderesse du 20 avril 2004. La cause relève de la compétence du Juge instructeur statuant comme juge unique (art. 11 al. 1er, 1ère phrase, LTA).

2. a) A teneur de l'article 6 LCA, si celui qui devait faire la déclaration, lors de la conclusion du contrat, a 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.

Aux termes de l'article 4 alinéa 1er 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 lui être connus lors de la conclusion du contrat.

Selon l'alinéa 2 du même article, sont importants 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 (al. 3). Cette dernière présomption peut cependant être renversée 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, c. 3 p. 163). 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, c. 2a.p. 336 et les citations).

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, 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 avaient 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, c. 2b p. 337 et les arrêts mentionnés; Nef, Basler Kommentar, n. 26 ad art. 6 LCA; Maurer, Privatversicherungsrecht, 3e éd., p. 251 ss).

b) A teneur de l'article 9 LCA, le contrat d'assurance est nul sous réserve des cas prévus à l'article 100 alinéa 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'article 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, op. cit., pp. 243 s.; Honsell/Vogt/Schnyder (éd.), 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, Lausanne 2000, note ad art. 9). La réserve des cas prévus à l'article 100 alinéa 2 LCA est sans objet in casu.

3. Le refus de prestations opposé par la défenderesse au demandeur se fonde sur deux moyens : la réticence (art. 6 LCA), d'une part, et la nullité du contrat pour cause de survenance du risque au moment où il avait été conclu (art. 9 LCA), d'autre part. L'admission de l'un au moins de ces moyens suffit à exonérer l'assureur de toute obligation contractuelle à raison des frais ici en cause.

4. S'agissant, d'abord, du moyen déduit de l'article 6 LCA, il est constant que le demandeur a subi une contrôle orthodontique le 1er avril 1996, soit environ neuf mois avant la signature, par sa mère, du questionnaire annexé

à la proposition d'assurance. Le médecin dentiste ayant procédé à ce contrôle, la Dresse H , a noté ce qui suit sur une formule ad hoc :
"Classe I molaire, trans. OK mais promaxille ant-sup. et surégression (des incisives inférieures). DM1 fin, (d'où) attendre éruption (de) 33 et 43 et rév. si ingression ant." Elle a précisé la teneur de ce document, établi à usage interne et comportant de nombreuses abréviations peu accessibles au profane, dans une lettre adressée à la mère du recourant le 25 juin 2002 :

"Permettez-moi d'être étonnée de votre démarche quelque six ans après la consultation orthodontique à laquelle vous faites référence. Pour quelle raison votre fils était-il alors venu me consulter si ce n'était pas suite à un contrôle scolaire de dépistage, comme c'était le cas de la majeure partie des patients qui m'étaient adressés. Était-ce une démarche spontanée pour avoir l'avis d'un spécialiste? D'autre part, un adulte devait aussi l'accompagner, comme il en était d'usage et j'ai donc dû l'informer du problème à la fin de la consultation (...).

Ce qui veut dire qu'il n'y avait pas de problème transversal, ni sagittal, mais un problème dans le sens vertical, avec un recouvrement trop important des dents antérieures supérieures et inférieures. Cependant je voulais attendre l'éruption de dents permanentes supplémentaires pour réévaluer quand il faudrait faire une documentation et prévoir des appareillages à envisager."

Cet écrit établit l'existence d'une malposition dentaire en avril 1996, laquelle nécessitait un traitement. Cette affection a perduré en janvier 1997 et au moins jusqu'au terme du traitement dont la prise en charge est litigieuse. Elle permet en outre de tenir pour avéré que le demandeur, alors âgé de onze ans, était accompagné de sa mère lors de la visite et que la détentrice de l'autorité parentale a été dûment informée oralement des constatations faites.

Il y a donc eu réticence. Il reste à déterminer si l'assureur s'est départi du contrat dans les quatre semaines à partir du moment où il a eu connaissance de la réticence.

A cet égard, ce n'est que le 27 décembre 2001 que la défenderesse a reçu la réponse donnée par la Clinique dentaire scolaire à sa demande de renseignements du 17 décembre précédent, aux termes de laquelle la Dresse Hausherr avait "conseillé un traitement orthodontique". Le dossier ne comporte aucune mention antérieure d'une indication à un tel traitement donnée à

l'assureur, s'agissant en particulier de l'entretien téléphonique dont se prévaut le demandeur. Quoi qu'il en soit, ce n'est que le 18 février 2002 que le contrat a été dénoncé. Ce faisant, l'assureur était à tard. Il est ainsi déchu de la faculté de se départir du contrat (cf. ATF 111 II 388). Point n'est donc besoin d'examiner si l'une au moins des conditions supplémentaires prévues par l'article 8 LCA empêchant l'assureur de se départir du contrat est donnée in casu.

5. a) Pour ce qui est, ensuite, du moyen déduit de l'article 9 LCA, il doit être tenu pour avéré, au vu de l'avis de la Dresse H ; que la malposition dentaire préexistait à la conclusion du contrat et qu'elle nécessitait un traitement. C'est en vain, vu les informations fournies par cette praticienne dans son écriture du 25 juin 2002 à la mère du demandeur, que celui-ci fait valoir que le risque assuré n'est survenu que lors de l'éruption des dents permanentes supplémentaires. En particulier, la Dresse H ne relève nullement qu'il était impératif d'attendre l'éruption des dents permanentes supplémentaires pour réévaluer la situation, mais que le recouvrement trop important des dents antérieures supérieures et inférieures existait alors déjà et aurait immédiatement pu être traité; c'est ainsi pour des pures raisons d'opportunité qu'aucun traitement n'a alors été entrepris. Il ne s'agit donc pas d'un dommage fortuit, soit dépourvu de cause préexistante, qui aurait affecté la dentition du demandeur après l'entrée en vigueur du contrat seulement. Bien plutôt, les soins dont la prise en charge est litigieuse relèvent d'une position vicieuse des dents, soit d'un état pathologique stable antérieur à la conclusion du contrat; cet état nécessitait déjà un traitement à ce moment et il était, à plus forte raison, certain qu'on ne pourrait faire l'économie de mesures thérapeutiques une fois les dents permanentes sorties, à peine de laisser le status pathologique s'aggraver encore. Ce terme n'est pas une échéance future hypothétique, mais un événement certain.

L'avis de la Dresse H est en outre étayé par l'expérience générale en orthodontie, selon laquelle une affection telle que celle qui affecte le demandeur peut, avec la plus grande probabilité, être constatée à l'âge de huit ans, dès lors que les incisives de la mâchoire inférieure sont alors déjà en place (cf. les statistiques de Leighton produites par la défenderesse).

b) Il reste cependant à déterminer si l'affection préexistante du demandeur satisfait à la définition de la maladie selon les conditions d'assurance applicables. Selon l'article 3 alinéa 2, 1ère phrase, des CGA, "*Par maladie, on entend toute atteinte involontaire à l'intégrité physique ou mentale qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail.*"

Les dispositions contractuelles doivent être interprétées comme un assuré de bonne foi peut et doit les comprendre en faisant preuve de l'attention qu'on est en droit d'attendre de lui. Celui-ci ne saurait donc subir de préjudice en raison du manque de clarté d'une clause rédigée par un assureur; ces principes généraux sont déduits de la règle dite de l'inhabituel, s'agissant notamment de la règle "in dubio contra stipulatorem" (Unklarheitsregel), soit "in dubio contra assicuratorem" (cf. ATF 118 II 342, c. 1a; 122 III 118; voir aussi ATF 116 II 189; 119 II 443; 121 III 414; 124 III 155, c. 1b p. 158; TF, IIe Cour civile, D c. K Assurances SA, du 9 février 2000, ad TAss VD du 30 août 1999, AMC 32/98 - 7/1999).

A cet égard, l'affection en cause avait, à tout le moins, exigé un examen médical au sens de la disposition contractuelle ci-dessus, telle que peut et doit la comprendre un assuré de bonne foi en faisant preuve de l'attention qu'on est en droit d'attendre de lui; elle justifiait même un traitement médical en 1996 déjà. Le demandeur présentait dès lors une maladie lors de la conclusion du contrat du seul fait qu'un examen avait dû être pratiqué antérieurement. De surcroît, l'atteinte a exigé un traitement médical, même s'il n'était pas impératif de le prodiguer immédiat après la constatation de l'état pathologique.

c) Le sinistre était ainsi déjà survenu lors de la conclusion du contrat d'assurance. Selon le principe posé par l'article 20 alinéa 2 CO, applicable par renvoi de l'article 100 alinéa 1er LCA, il doit être considéré que le contrat n'est vicié que dans certaines de ses clauses, vu l'accord des parties à cet égard. De ce motif découle la nullité partielle du contrat selon l'article 9 LCA (cf. Honsell/Vogt/Schnyder, op. cit., p. 181), qui est une disposition impérative (art.

97 LCA). S'agissant d'une réclamation pécuniaire, et non d'une action en constatation de droit, il n'y a pas lieu de définir le nouveau contenu des rapports contractuels entre parties. Au surplus, en présence d'une maladie avérée sans discontinuité, il est sans objet de déterminer si la jurisprudence publiée aux ATF 127 III 21 (dont se prévaut la défenderesse) est applicable in casu, cet arrêt traitant de l'hypothèse de la rechute d'une affection latente.

6. Enfin, le demandeur a pris des conclusions subsidiaires en restitution de la part de prime afférente à la couverture afférente aux frais orthodontiques, mais sans les quantifier, ni fournir d'élément permettant de les déterminer.

L'article 25 alinéa 1er LCA n'est pas applicable à la seule réticence, ni à la nullité du contrat, mais également à sa résiliation unilatérale. Or, comme exposé au considérant 4 ci-dessus, l'assureur est déchu du droit de résilier le contrat selon l'article 6 LCA. Cela étant, les règles générales du Code des obligations n'en sont pas moins applicables, ce par renvoi de l'article 100 alinéa 1er LCA. L'article 66 CO dispose qu'il n'y a pas lieu à répétition de ce qui a été donné en vue d'atteindre un but illicite ou contraire aux mœurs.

Comme relevé au considérant 4 ci-dessus, la réticence est avérée in casu, même si l'assureur est déchu du droit de résilier le contrat selon l'article 6 LCA. Le but poursuivi par le demandeur, soit sa représentante légale, en passant sous silence son affection orthodontique était ainsi de percevoir des prestations à raison d'une maladie qu'il lui incombait de déclarer et qui, si elle avait été portée à la connaissance de l'assureur, aurait mené celui-ci à instituer une réserve. Ce dessein est contraire aux mœurs, voire illicite. Le cas justifie donc l'application de l'article 66 CO.

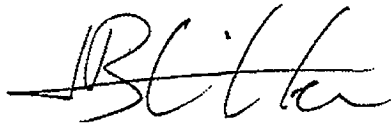
Le demandeur n'a donc pas droit à la restitution de la part de prime de l'assurance complémentaire des soins ambulatoires de la catégorie II afférente à la couverture des frais médicaux pour les traitements orthodontiques.

7. Au vu de ce qui précède, les conclusions de la demande doivent être rejetées.

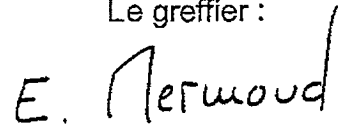
**Par ces motifs,
Le Président du Tribunal des assurances
prononce :**

Les conclusions de la demande sont rejetées.

Le président :



Le greffier :



Du 18 AOUT 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;

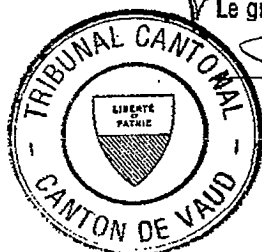
e. Le cas échéant, la demande d'assistance judiciaire (art. 152 OJF).

(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).

PHOTOCOPIE CERTIFIÉE
CONFORME A L'ORIGINAL

Le greffier :



Le greffier :

E. Permond