

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3762/2007

ATAS/489/2008

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES

Chambre 5

du 23 avril 2008

En la cause

X.,

comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître
BUGNON Roland

recourante

contre

A.,

intimée

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique
STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Le 3 novembre 2005, X. (ci-après : l'assurée), née le 2 juillet 1971, a signé une proposition d'assurance auprès de la caisse-maladie et accidents A. (ci-après : la caisse, puis la défenderesse) pour l'assurance de base et les assurances complémentaires et ...

2. Dans la déclaration de santé pour les assurances complémentaires, elle a répondu par la négative à toutes les questions figurant sous le chiffre 3, lesquelles sont libellées comme suit :

"Au cours des 5 dernières années, avez-vous suivi un traitement ambulatoire ou stationnaire dispensé par un médecin, un naturopathe ou un thérapeute pour une maladie ou une affection physique ou psychiatrique ?

Par exemple pour une maladie ou une affection :

- a) du système respiratoire? Oui Non
- b) cardiovasculaire ou du système circulatoire? Oui Non
- c) du système nerveux ou maladies psychiatriques? Oui Non
- d) du système digestif? Oui Non
- e) des voies urinaires, des organes génitaux? Oui Non
- f) de la peau ou allergies? Oui Non
- g) des muscles, des os, des articulations, de la colonne Oui Non
- h) du métabolisme ou maladies endocrines? Oui Non
- i) du sang ou maladies infectieuses? Oui Non
- j) des organes des sens (yeux, oreilles, nez)? Oui Non
- k) affections tumorales? Oui Non
- l) d'une autres maladie, infirmité ou malformation non indiquée précédemment? Oui Non"

3. Par courrier du 14 novembre 2005, la caisse a informé l'intéressée de l'acceptation de sa proposition d'assurance et a établi le 25 novembre 2005 la police d'assurance

relative aux assurances-maladie complémentaires précitées avec effet au 1^{er} janvier 2006.

4. Par courrier du 11 avril 2006, la caisse a demandé à l'assurance-maladie précédente de l'assurée, B., de lui faire parvenir un extrait des prestations versées au titre de l'assurance obligatoire des soins et des assurances complémentaires pour les années 2001 à 2005.
5. Le 25 avril 2006, B. s'est exécutée. De son décompte résulte que l'assurée lui a transmis pendant la période déterminante des factures d'un montant total de 19'881 fr. 95.
6. A la demande de la caisse, le Dr E., gynécologue, qui avait traité l'assurée notamment le 25 et le 26 septembre 2003, a déclaré le 29 mai 2006 que la nature de l'affection consistait en un status post-inflammatoire pelvien et a relevé, dans l'anamnèse, une infertilité secondaire. A la question de savoir à quel moment l'affection est apparue pour la première fois, respectivement à quel moment la patiente en a eu connaissance, ce médecin a précisé que la patiente avait été traitée de 1992 à 1996 pour une infertilité ayant abouti à une grossesse avec accouchement en 1997. La première nature de l'affection avait été établie en 2003, moment où un nodule de sa cicatrice a été excisé. Concernant la question de savoir si la patiente avait eu connaissance de cette affection à la date du 3 novembre 2005, le Dr E. a indiqué "résolue à cette date". Il ne savait pas si la patiente avait suivi d'autres traitements ou était actuellement en traitement ailleurs pour la même affection. Enfin, le pronostic était excellent et la patiente était actuellement guérie, à sa connaissance.
7. La Dresse F., ophtalmologue, qui avait traité l'assurée du 20 août au 18 septembre 2002, a donné suite à la demande de la caisse le 20 juin 2006. Quant à la nature de l'affection traitée, elle a indiqué "drusens du nerf optique" et que celle-ci a été découverte fortuitement le 20 août 2002. La patiente avait eu connaissance de cette affection. Ce médecin ne savait pas si la patiente avait suivi d'autres traitements ou était actuellement en traitement ailleurs pour la même affection. Par ailleurs, celle-ci n'avait fait l'objet d'aucune mesure thérapeutique. Le pronostic était bon. Elle a enfin fait observer que les drusens des nerfs optiques n'évoluaient habituellement pas.
8. Suite à une seconde demande de renseignements de la caisse, le Dr E. a précisé, par courrier du 30 juin 2006, que la nature de l'affection consistait dans une endométriose et a mentionné dans l'anamnèse des douleurs sur cicatrice de césarienne. L'affection avait été constatée pour la première fois lors de la consultation du 7 août 2003. Il ne savait pas si la patiente avait suivi d'autres traitements ou était actuellement en traitement ailleurs. La dernière consultation avait eu lieu le 2 octobre 2003.

9. Par courrier du 26 juillet 2006, la caisse a informé l'assurée qu'elle avait examiné son dossier plus en détail, à la suite de son hospitalisation récente, et qu'il en était ressorti qu'elle souffrait d'une maladie du nerf optique à chaque œil et qu'elle avait consulté le Dr E. pour un problème d'ordre gynécologique. Estimant que l'assurée n'avait pas déclaré tous les faits déterminants pour l'appréciation du risque, elle a supprimé, avec effet au 31 juillet 2006, les assurances complémentaires ... et ...
10. Par courrier du 27 juillet 2006 à la caisse, l'assurée s'est déclarée stupéfaite d'apprendre qu'elle était atteinte d'une maladie du nerf optique à chaque œil. Elle avait en effet consulté la Dresse F. pour un contrôle des plus banals et tout avait été normal. Elle ne voyait dès lors pas de quelle maladie la caisse parlait, étant précisé qu'elle ne portait ni lunette, ni verres de contact et voyait très bien. Pour ce qui concerne l'intervention gynécologique en 2003, pratiquée par le Dr E., elle ne l'avait pas spécifiée, pensant qu'elle était bénigne et qui plus est, résultait de sa césarienne subie en 1997. D'autre part, elle était totalement guérie depuis lors. Cela étant, elle a invité la caisse à revoir sa décision, tout en soulignant avoir rempli le questionnaire en toute bonne foi.
11. Le 19 septembre 2006, le Dr E. a répondu à une demande de renseignements du mandataire de l'assurée. Il a expliqué que l'endométriose était une affection qui avait pour origine les organes génitaux et qui se manifestait le plus souvent à leur niveau. Cependant, sa patiente avait souffert d'un nodule sur sa cicatrice de césarienne, nodule qui avait été excisé et qui, dans l'analyse, avait révélé le diagnostic d'endométriose. A aucun moment, une pathologie particulière au niveau des organes génitaux n'avait été constatée et si sa patiente avait répondu qu'elle n'avait jamais souffert dans les cinq dernières années de maladie particulière à ce niveau, elle l'avait certainement fait de toute bonne foi. En effet, elle n'avait vu aucun lien entre l'endométriose de sa cicatrice abdominale et ses organes génitaux, celui-ci ne pouvant être établi que par un médecin. Sa patiente n'avait certainement plus pensé qu'elle avait eu une infection de sa cicatrice. Par conséquent, il n'y avait aucune raison de douter de la sincérité de ses réponses à la caisse.
12. A la demande du mandataire de l'assurée, la Dresse F. lui a répondu le 26 septembre 2006 que le drusus du nerf optique constituait une anomalie constitutionnelle non évolutive. Cette praticienne n'avait dispensé aucun traitement ambulatoire ou stationnaire à la suite du diagnostic de cette affection. Par ailleurs, elle a estimé que sa patiente ne pouvait répondre que par la négative à la question posée par la caisse.
13. Le 9 octobre 2006, le mandataire de l'assurée a transmis à la caisse les réponses des médecins précités et l'a invitée à remettre en vigueur les assurances complémentaires.

14. Dans sa lettre du 2 novembre 2006, la caisse a fait savoir à l'assurée que même si le drusens du nerf optique constituait une anomalie constitutionnelle, cela ne la dispensait pas pour autant d'annoncer cette affection. Il était en outre du domaine du possible qu'une atteinte, non évolutive au moment des consultations, change par la suite. La caisse s'est par ailleurs étonnée que l'assurée ait qualifié la consultation auprès de la Dresse F. pour les années 2001 à 2005, des "contrôle des plus banals", dès lors que les frais y relatifs s'étaient élevés à l'112 fr., selon le décompte d'B. S'agissant de l'endométriose, la caisse a d'abord exposé qu'il s'agissait d'une maladie gynécologique, dans laquelle on retrouvait du tissu de l'endomètre (couche de tissu qui recouvre l'intérieur de l'utérus et qui est éliminé durant les règles) en dehors de l'utérus, soit sur les ovaires, les trompes, les ligaments qui soutiennent l'utérus, et quelquefois sur les autres organes du petit bassin, comme la vessie, l'intestin et le vagin. Même en acceptant l'idée que l'intéressée n'avait pas fait le rapprochement entre son endométriose et ses organes génitaux, elle devait déclarer cette affection, en se servant par exemple de la question 3 l "autre maladie, infirmité ou malformation non indiquée précédemment". En outre, le fait qu'elle avait pensé que l'endométriose était une affection de sa cicatrice abdominale ne la légitimait pas à taire l'excision du nodule. La caisse a enfin relevé que, selon le décompte des prestations fournies par B. pour les années 2001 à 2005, les frais de soins auprès de cet assureur s'étaient élevés à plus de 19'000 fr. Ce montant était bien élevé pour une assurée qui avait annoncé n'avoir souffert d'aucune affection au cours des cinq dernières années et mettait en doute sa bonne foi. La caisse a ainsi maintenu sa position.
15. Par courrier du 7 février 2007, l'assurée a reproché à la caisse d'attendre des assurés qu'ils répondent aux questions posées de la même manière que le ferait un médecin ou toute autre personne ayant des connaissances étendues dans le domaine médical. Or, ses réponses devaient être examinées à la lumière de la situation vécue au moment de la signature du questionnaire, soit avec les connaissances qu'elle avait au sujet de son état antérieur. Il lui avait été impossible de répondre positivement en ce qui concerne le problème du nerf optique, dès lors que le nom de "drusens du nerf optique" lui était parfaitement inconnu. Elle a en outre précisé que les frais facturés par la Dresse F. pour la période du 20 août au 18 septembre 2002 étaient consécutifs à des consultations pour des maux de tête. Quant au Dr E., il ne lui avait jamais expliqué ce qu'était une endométriose. Elle ne voyait pas non plus comment elle aurait pu ou dû annoncer cette affection en se servant de la question 3, dans la mesure où un problème de cicatrice ne lui paraissait être "ni une autre maladie, ni une infirmité, ni une malformation". Elle ne contestait enfin pas avoir consulté entre 2001 et 2005 différents médecins. Cela n'était cependant pas suffisant pour décider qu'elle aurait souffert pendant les cinq dernières années d'une affection délimitée par l'une des questions posées à l'occasion de son admission auprès de la caisse. Cela étant, l'assurée a une nouvelle fois invité la caisse à revoir sa position.

16. Le 4 avril 2007, la caisse a répondu à l'assurée qu'elle n'exigeait pas de ses assurés qu'ils répondent au questionnaire de la proposition d'assurance de la même manière qu'un médecin le ferait, mais qu'ils la rendent attentive aux affections dont ils ont souffert au cours des dernières années, afin de permettre de procéder à un examen du risque pondéré, ce que l'assurée avait omis de faire. En outre, compte tenu de sa confirmation, selon laquelle elle avait consulté différents médecins de 2001 à 2005, elle n'hésiterait pas, au cas où son assurée continuerait à nier l'existence d'une réticence, à lui demander l'autorisation d'interroger ces différents médecins et ainsi à invoquer éventuellement d'autres réticences en sus de celles dont il était question.
17. Par demande du 8 octobre 2007, l'assurée saisit le Tribunal de céans d'une demande à l'encontre de la caisse, en concluant à la remise en vigueur de ses assurances complémentaires avec effet au 31 juillet 2006 et en reprenant pour l'essentiel son argumentation antérieure.
18. Dans sa réponse du 6 novembre 2007, la défenderesse conclut au rejet de la demande. En plus de ses allégués précédents, elle souligne qu'il n'est pas crédible d'affirmer que la demanderesse n'a fait aucun lien entre l'endométriose dont elle était atteinte et ses organes génitaux, dans la mesure où le médecin qui découvre une telle affection en parle à son patient. L'endométriose constitue en outre la principale cause d'infertilité chez la femme. Or, la demanderesse a justement souffert d'infertilité secondaire. A tout le moins, elle aurait dû mentionner l'endométriose sous la question 31 du questionnaire de santé ou annoncer l'excision du nodule de la cicatrice de césarienne. En effet, celle-ci a nécessité une intervention chirurgicale réalisée dans le cadre d'un séjour stationnaire dans une clinique et un tel acte médical ne peut jamais être considéré comme bénin. La défenderesse précise à cet égard que la jurisprudence admet la motivation tardive d'une réticence par l'assureur, d'abord fondée sur un fait particulier, puis justifiée en procédure par d'autres faits. S'agissant de l'affection oculaire, les drusens ont été découverts dans le cadre d'un traitement qui avait duré du 20 août au 18 septembre 2002 et dont le coût s'est élevé à 1'112 fr. Or, ce traitement n'a pas non plus été mentionné dans le questionnaire et cette omission est dès lors également constitutive d'une réticence.
19. Par réplique du 4 décembre 2007, la demanderesse persiste dans ses conclusions,
20. La défenderesse en a fait de même par duplique du 21 décembre 2007. Elle maintient notamment que l'omission d'annoncer l'intervention chirurgicale, laquelle a nécessité un séjour stationnaire dans une clinique, justifie également la suppression des assurances complémentaires pour cause de réticence.
21. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. c de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994, et à l'assurance-accident obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accident du 20 mars 1981.

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La question litigieuse est de savoir si la demanderesse a commis une réticence, en répondant par la négative à toutes les questions figurant sous le chiffre 3 du questionnaire de santé de la défenderesse.
3. En vertu de l'art. 4 de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (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 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).

Aux termes de l'art. 6 LCA, dans sa teneur dès le 1^{er} janvier 2006, 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. La résiliation doit être communiquée par écrit au preneur d'assurance et prend effet lorsqu'elle lui parvient.

Selon la jurisprudence, le proposant doit 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 de facteurs de risque (ATF 116 II 339 consid. 1a; 116 V 226 consid. 5a et les arrêts cités).

Il résulte du texte des art. 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 quelles mesures le proposant pouvait donner de bonne foi une réponse inexacte à l'assurée, 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 ; 116 II 338 consid. 1c et les arrêts cités ; NEF, Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag [VVG], 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).

L'assureur n'est pas tenu, en général de vérifier l'exactitude des renseignements donnés par le proposant. Il doit seulement résoudre les difficultés provenant des incertitudes et des contradictions qui résultent du texte de la proposition. Néanmoins, il ne saurait éluder l'obligation, que lui imposent les règles de la bonne foi, de redresser l'erreur commise par l'autre partie, lorsque cette erreur porte sur un fait qu'il connaissait ou devait connaître. L'assureur est censé connaître, en particulier, non seulement les renseignements qui lui ont été donnés lors de la souscription d'assurance ou lors du règlement de sinistre antérieur, mais aussi les faits appris de la bouche de tiers (ATF 111 II 388 consid. 3c) bb), p.396 ; 90 II 449 consid. 4, p.456 ; NEF, op. cit. n°23 ad. art. 8 LCA et les références mentionnées). Ainsi, les faits dont la société mère a connaissance sont opposables à la société filiale lorsque les deux entités juridiques disposent d'une banque de données électroniques commune ou emploie les mêmes collaborateurs (cf. arrêt non publié du Tribunal fédéral des assurances du 21 août 2001, cause 5C.104/2001, consid. 4c) bb) et les citations).

4. En vertu de l'art. 6 al. 2 LCA, le droit de résiliation s'éteint quatre semaines après que l'assureur a eu connaissance de la réticence. La détermination du moment à partir duquel le délai court pour se départir du contrat dépend de l'avènement d'une condition purement objective, la connaissance de la réticence et non pas de la question de savoir si, en prêtant l'attention usuelle, l'assurance eût dû connaître plus tôt le fait sur lequel l'assurée a gardé le silence.

S'agissant de l'exercice d'un droit limité dans le temps, en ce sens que l'inobservation du délai légal a pour conséquence la déchéance du droit lui-même (faculté de résoudre le contrat), les principes communément admis en matière d'interprétation de la loi ne permettent pas d'aggraver cet exercice en interprétant extensivement le texte légal.

Ce point de vue est corroboré par la considération plus générale que, dans d'autres rapports de droit également, celui qui est au bénéfice d'une déclaration positive de son cocontractant peut s'en tenir à cette déclaration sans avoir à en contrôler l'exactitude en se livrant à des investigations, même dans le cas où il y a des doutes à ce sujet.

Le délai ne commence à courir que lorsque l'assureur reçoit des renseignements dignes de foi sur des faits dont on peut déduire avec certitude qu'une réticence a été commise ; de simples présomptions qui apportent une plus ou moins grande vraisemblance, ne sont pas suffisantes (RBA XIV p. 67.b).

5. En l'occurrence, la demanderesse ne conteste pas que la défenderesse ait respecté le délai de résiliation de quatre semaines, après que l'assureur a eu connaissance des informations données par ses médecins. En tout état de cause, le dernier courrier du Dr E. est daté du 30 juin 2006 et a été reçu par la défenderesse le 11 juillet 2006. Il convient ainsi de constater que la résiliation des assurances complémentaires, par courrier du 26 juillet 2006 pour la fin du même mois, est intervenue dans le délai légal.
6. Quant à la réticence, il n'est pas contesté en l'espèce que la demanderesse a subi le 25 septembre 2003 une excision d'un nodule. Cette intervention chirurgicale a été réalisée à la Clinique de CHAMPEL-ELYSEE S.A. Les frais honoraires du Dr E. relatifs à cette intervention se sont élevés à 1'039 fr. 25 et le séjour à la clinique précitée a été facturé deux fois 1'399 fr. 50. Ce nodule doit être considéré comme une maladie, à savoir une "altération de la santé", selon la définition donnée par le Petit Larousse. Par ailleurs, dans la mesure où ce nodule a dû être excisé en ambulatoire dans une clinique, il ne saurait être considéré, d'un point de vue objectif et subjectif, qu'il s'agissait d'une affection bénigne. Compte tenu également des coûts médicaux relativement élevés de cette intervention, il ne pouvait échapper à la demanderesse qu'il s'agissait d'un fait important pour l'appréciation du risque à assurer et elle ne pouvait ainsi répondre de bonne foi par la négative à toutes les questions du ch. 3 du questionnaire de santé. Partant, de l'avis du Tribunal de céans, la demanderesse était tenue d'annoncer à la défenderesse l'excision du nodule dans le cadre de la question 3 l), où il lui était demandé si elle avait souffert d'une autre maladie, infirmité ou malformation non indiquée précédemment.

Certes, la défenderesse s'était prévalu dans un premier temps de ce que la demanderesse avait tu l'endométriose, ainsi que le drusens des deux yeux. La question de savoir si ces deux affections auraient dû être signalées par la demanderesse à la défenderesse, lors de la conclusion du contrat, peut cependant rester ouverte. En effet, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, l'assureur qui s'est départi du contrat en raison d'une réticence, dans le délai de quatre semaines à compter du moment où il l'a connue, n'a pas à répéter sa déclaration de résolution, si une autre réticence parvient ultérieurement à sa connaissance (RBA III p. 72; ATF 109 II 159 p. 161 s. consid. 2 a).

7. Au vu de ce qui précède, la demande sera rejetée.
8. La procédure est gratuite.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

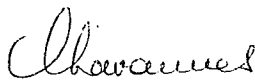
1. Déclare la demande recevable.

Au fond :

2. La rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (av. du Tribunal Fédéral 29, Case postale, 1000 Lausanne 14), 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); 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

La Présidente



Claire CHAVANNES



Maya CRAMER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances privées par le greffe le

2 MAI 2008

