

CHAMBRE DES RECOURS

Séance du 25 août 2010

Présidence de M. COLOMBINI, président
Juges : M. Creux et M. Piotet, juge suppléant
Greffier : M. d'Eggis

* * * * *

Art. 12 al. 2 et 3 LAMal; 6, 9 LCA

La Chambre des recours du Tribunal cantonal prend séance pour s'occuper du recours interjeté par **ASSURANCE X.**_____ **SA**, à Lausanne, défenderesse, contre le jugement rendu le 29 avril 2010 par la Juge unique de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal dans la cause divisant la recourante d'avec **A.**_____, à Ecublens, demanderesse.

Délibérant en audience publique, la cour voit :

En fait :

A. Par jugement du 16 mars 2010, la Juge unique de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis partiellement la demande présentée par A._____ (I), dit que la demanderesse n'avait pas commis de réticence (II) et que la défenderesse assurance X._____ SA n'était pas fondée à résilier l'assurance complémentaire des soins TOP no 18114 au 31 juillet 2007 (III), prononcé que la défenderesse doit verser à la demanderesse la somme de 4'350 fr. 95, avec intérêt à 5 % l'an dès le 1^{er} juin 2008 (IV) et qu'il n'était pas perçu de frais de justice (V), arrêté à 1'500 fr. les dépens en faveur de la demanderesse (VI) et rejeté toutes autres ou plus amples conclusions (VII).

L'état de fait de ce jugement (AMC 8/08 – 3/2010), que la cour de céans fait sien, est le suivant :

"A. a) Par offre d'assurance du 9 octobre 2006, [...] (ci-après: le preneur d'assurance) a demandé la conclusion de l'assurance complémentaire des soins TOP pour prestations spéciales à partir du 1^{er} janvier 2007 pour sa fille A._____ (ci-après: l'assurée), née le [...] 1993.

Le 9 octobre 2006, le preneur d'assurance a, pour le compte de sa fille, rempli une déclaration de santé pour les assurances complémentaires selon la loi sur le contrat d'assurance. La question 3 de ce formulaire comprenait une première question, ayant la teneur suivante: "Au cours des cinq dernières années, avez-vous suivi un traitement/contrôle/examen ambulatoire ou stationnaire dispensé par un médecin, un naturopathe ou un thérapeute pour une affection physique ou psychiatrique?", ainsi qu'une liste de douze exemples d'affection ou de maladie. A chaque exemple, le preneur d'assurance a répondu non. Le formulaire ne permettait en outre pas de répondre directement à la première question.

Le preneur d'assurance a également déclaré que sa fille ne présentait aucune malposition au niveau des dents et de la mâchoire (réponse négative à la question 5 du formulaire). Sur la base de ces déclarations, l'assurance complémentaire TOP a été accordée le 12 octobre 2006. Selon la police d'assurance du 16 juin 2008, la couverture d'assurance a débuté le 1^{er} janvier 2007.

b) En date du 23 mars 2007, [...] a demandé à assurance X._____ SA la prise en charge d'un traitement orthodontique pour A._____, auprès du Dr D.1_____, chirurgien-dentiste français, spécialiste qualifié en orthopédie dento-faciale à Pontarlier, notamment titulaire du certificat d'Excellence en Orthodontie et [...] de l'Ordre des Chirurgiens-dentistes du Doubs. Le preneur d'assurance a remis à cet effet divers documents, dont un devis daté du 13 février 2007 pour un montant de 3'500 euros. Il ressort en particulier de ces documents que le rendez-vous chez le Dr

D.1_____ a été fixé avant le 23 janvier 2007 et que la première consultation a eu lieu le 13 février 2007.

Par courrier du 6 mai 2007, assurance X._____ SA a demandé des renseignements médicaux au Dr D.1_____. Ce dernier a répondu le 10 mai 2007 que l'affection présentée par l'assurée était apparue la première fois lors de la première consultation à son cabinet le 13 février 2007. Dans les documents établis par ce médecin et datés du 13 février 2007, celui-ci a déclaré avoir réalisé des radiographies, photos et empreintes. Il a précisé le médecin-dentiste qui suivait habituellement l'assurée était le Dr D.2_____ à [...].

c) Le Dr D.2_____ a déclaré le 11 juin 2007 que l'assurée présentait un problème orthodontique depuis avril 2003 et que la situation s'était aggravée en décembre 2006. Il a alors conseillé une orthodontie fixe en raison du manque de place. Le 11 juin 2007, il a affirmé que les parents de l'assurée avaient été informés du problème le 20 avril 2003, la première fois, puis le 6 décembre 2006 lorsque le problème est devenu sérieux. Il ressort en outre du dossier du Dr D.2_____ que l'assurée l'a consulté:

- le 12 décembre 2001 pour un traitement aux dents de lait 75, 65 et 55;
- le 23 janvier 2002 pour un traitement aux dents de lait 65 et 55;
- le 20 avril 2003 pour deux "bite wings" (radiographies). Le Dr D.2_____ a fait la remarque suivante: "manque de place";
- le 15 octobre 2003 pour un traitement de la dent définitive 26;
- le 10 mai 2006 pour l'extraction de la dent de lait 53; et
- le 6 décembre 2006 pour un contrôle. Le Dr D.2_____ a fait la remarque suivante: "beaucoup de manque de place".

B. Par courrier du 18 juillet 2007, assurance X._____ SA a signifié à [...] la résiliation de l'assurance complémentaire TOP avec effet au 31 juillet 2007 pour cause de réticence.

Par courrier du 2 juin 2008, le médecin-conseil dentiste d'assurance X._____ SA, le Dr D.3 _____, spécialiste SSO en médecine dentaire reconstructive, a répondu aux questions posées par cette dernière le 28 mai 2008. Il a précisé que, n'étant pas orthodontiste, il a demandé l'avis du Dr D.4 _____, spécialiste SSO en orthopédie dento-faciale. Il ressort ce qui suit du courrier du Dr D.3 _____:

- en 2003, le médecin-dentiste, le Dr D.2_____, pouvait absolument affirmer qu'un traitement orthodontique aurait été prévisible sans autre examen puisque la situation dentaire à l'âge de 10 ans permet parfaitement de constater des problèmes de manque de place et d'affirmer qu'un tel traitement sera nécessaire, d'autant plus que le jour de cet examen (20 avril 2003), le Dr D.2_____ a effectué des "bite wings" (radiographies) permettant de confirmer le manque de place;
- l'assurée a dû avoir des traitements dentaires aux dents de lait 55, 65 et 65 entre 2001 et 2006.
- après le 10 mai 2006, les dents de lait 63, 64, 65, 54, 55, 75 et 85 ainsi que les dents définitives 45 et 26 ont aussi dû être traitées;
- il existait un problème orthodontique en 2003;
- on ne pouvait pas raisonnablement espérer que la croissance allait résoudre le problème orthodontique;
- il n'était pas nécessaire d'adresser l'assurée chez un spécialiste en 2003 et d'entamer un traitement. En effet, les dents définitives 13, 23, 33 et 43 (les canines) n'étaient pas encore sorties, preuve en est l'extraction de la dent 53 (dent de lait qui

précède la dent définitive 13) le 10 mai 2006, ce qui signifie que la canine 13 n'était pas encore sortie à cette date.

C. Par demande déposée le 7 mai 2008, A. _____, représentée par son père [...], a conclu à ce que le Tribunal de céans prononce:

- La demanderesse n'a pas commis de réticence;
- La défenderesse n'était pas fondée à résilier l'assurance complémentaire TOP;
- La défenderesse est débitrice de la demanderesse et lui doit immédiat paiement de la somme de 5'801 fr. 25 avec intérêts à 5% l'an dès le 18 juillet 2007.

Par réponse du 17 juin 2008, la défenderesse soutient que les conditions de l'existence d'une réticence au sens de l'art. 6 LCA ainsi que les conditions de l'art. 9 LCA étaient remplies, de sorte qu'elle était en droit de se départir du contrat d'assurance complémentaire TOP et qu'aucune prestation ne peut être versée sur la base de cette assurance pour traitement orthodontique. Elle conclut à ce que la demande soit rejetée et que la demanderesse soit déboutée de toutes autres ou plus amples conclusions.

A la suite du second échange d'écritures, un questionnaire a été soumis au Dr D.1 _____. Selon ce spécialiste, il n'était pas possible de prévoir avec certitude la nécessité d'un traitement orthodontique chez l'enfant A. _____ en 2003. Le Dr D.2 _____ ne disposait pas de suffisamment d'informations pour prévoir un traitement orthodontique. Le Dr D.1 _____ confirme que certains facteurs tels que la croissance ou la succion du pouce peuvent influencer le diagnostic orthodontique. Il mentionne que la dégradation de la situation orthodontique n'était pas certaine car, à 10 ans, le manque de place peut venir de la persistance des dents de lait.

Dans ses déterminations du 26 mars 2009, la défenderesse déclare que son médecin-conseil pense pour sa part que le chevauchement des incisives n'est pas un signe probable mais certain d'un futur manque de place. De l'avis de ce médecin, le manque de place ne vient pas de la persistance de dents de lait. La persistance de dents de lait peut venir, à son sens, d'un retard dans l'éruption des dents définitives ou par manque de place, les dents définitives ne pouvant pas résorber les racines des dents de lait pour que ces dernières tombent spontanément."

En droit, le premier juge a considéré en bref que la formulation de la question 3 du questionnaire de la défenderesse était "très générale et large" et ne permettait pas de savoir ce qu'il fallait comprendre par "maladies/infections"; par ailleurs, il était impossible de répondre directement à la question première, mais seulement à des exemples concrets, si bien qu'une réticence ne pourrait être admise qu'avec réserve, cette question n'étant pas précise et univoque. Lors du contrôle du 20 avril 2003, le Dr D.2 _____ avait seulement indiqué "manque de place", sans mentionner l'exigence d'un traitement d'orthodontie; ce n'est qu'après le contrôle du 6 décembre 2006 que ce médecin avait constaté une aggravation du manque de place et préconisé un traitement orthodontique. Enfin, les experts étaient divisés quant à l'évolution de la situation chez l'enfant en cause, âgée de 10 ans en 2003, si bien

que la demanderesse n'avait pas commis de réticence. Dès lors, la défenderesse n'était pas fondée à résilier le contrat et à refuser ses prestations, dont la Juge unique a fixé la quotité.

B. Par mémoire immédiatement motiv e, assurance X. _____ SA a recouru contre ce jugement en concluant, avec dépens, à sa réforme en ce sens qu'aucune prestation ne peut être versée par l'assurance complémentaire TOP pour tout traitement orthodontique et qu'elle ne peut être condamnée au paiement de CHF 4'350.95 plus intérêts. La recourante a renoncé à déposer un mémoire ampliatif.

L'intimée a d evelopp e ses moyens et conclu au rejet du recours.

En droit :

1. Le présent litige relève de l'assurance-maladie complémentaire, soumise au droit priv e 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 pr ecit e n'ait été modifi e (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 contest es 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.

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).

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, 3ème 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, 3ème 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 ralliait pas à la jurisprudence précitée.

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).

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.

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 :