

S2 15 73 - S2 15 74

JUGEMENT DU 24 NOVEMBRE 2016

**Tribunal cantonal du Valais
Cour des assurances sociales**

Composition: Eve-Marie Dayer-Schmid, présidente; Jean-Bernard Fournier
et Christophe Joris, juges ; Pierre-André Moix, greffier

en la cause

a.A. et b.A., recourants, tous deux représentés par Maître Luc Del Rizzo, avocat,

contre

X. Assurances, défenderesse

(Réticence, art. 6 LCA)

Faits

A. Le 3 septembre 2013, c.A. a signé des propositions d'assurance obligatoire des soins (LAMal) _____ ainsi que d'assurances complémentaires z._____, _____ et _____ pour ses deux enfants a.A., née en 1999 et b.A., né en 2003 auprès du groupe Z. avec effet au 1^{er} janvier 2014.

Dans le formulaire relatif à l'état de santé des enfants, la case « non » a été cochée à la question 2a libellée comme suit: « Etes-vous actuellement traité (e) ou suivi (e) par un médecin, dentiste, naturopathe, thérapeute, etc. ou cela est-il prévu ? » La case « non » a également été cochée à la question 5 : « Existe-t-il une malposition au niveau des dents? ».

Sur la base de ces déclarations, X. Assurances, membre du groupe Z., a accepté l'offre d'assurance et conclu les assurances complémentaires à partir du 1^{er} janvier 2014.

B. Le 1^{er} décembre 2014, X. Assurances a réceptionné trois notes d'honoraires pour soins dentaires orthodontiques fournis à a.A. par le Dr C., dentiste, du 22 mai au 15 septembre 2014. Une quatrième note d'honoraires pour soins fournis à b.A. en date du 21 mai 2014 a également été transmise à l'assurance.

Le 16 décembre 2014, X. Assurances s'est adressée au Dr C. en lui demandant depuis quelle date les enfants A. étaient en traitement chez lui, de quel type de malposition des dents il s'agissait et à quelle date les parents avaient été informés pour la première fois de cette malposition.

Durant le mois de février 2015, le Dr C. a précisé que a.A. était en traitement depuis le mois de mai 2010, qu'elle présentait une classe II dentaire et squelettique, une endoalvéolie maxillaire et du chevauchement ; les parents avaient été informés de cette malposition le 18 février 2010. S'agissant de b.A., il présentait une classe II division 2 avec chevauchement supra inclusive avec morsure palatine sur un profil rétrognathe mandibulaire et ses parents en avaient été informés en février 2012, le traitement ayant commencé le 9 mai 2012.

Par courrier du 22 février 2015, X. Assurances a invoqué une réticence au motif que les réponses aux questions 2 et 5 de la déclaration de santé pour les assurances

complémentaires ne correspondaient pas à la réalité. L'assurance a ainsi résilié les assurances complémentaires de a.A. et b.A. pour le 28 février 2015.

Le 4 mars 2015, Me Luc Del Rizzo a indiqué à X. Assurances qu'il représentait les époux A. et a requis copie du dossier de l'assurance, tout en contestant l'existence d'une réticence. Une copie dudit dossier lui a été transmise le 10 mars suivant.

Le 24 mars suivant, le conseil des demandeurs a requis les documents originaux du dossier et X. Assurances lui a répondu six jours plus tard que toutes les pièces originales avaient été scannées et que le dossier ne comportait ainsi que des copies.

Dans l'intervalle, soit le 25 mars 2015, Me Del Rizzo a déposé une requête en conciliation devant le juge de commune de Monthey, lequel a délivré une autorisation de procéder au sens de l'article 209 CPC.

C. a.A. et b.A., représentés par leurs parents, ont ouvert action à l'encontre de X. Assurances le 13 juillet 2015 par deux écritures séparées, concluant à l'invalidation de la résiliation du contrat d'assurance complémentaire des soins z. _____ et à la prise en charge de leurs soins dentaires à partir du 1^{er} janvier 2014, le tout sous suite de frais et de dépens. A l'appui de leur action, ils ont fait valoir que c.A. avait rempli et signé le formulaire de demande d'assurance complémentaire pour ses enfants et qu'elle avait répondu « oui » à la question 2a portant sur le fait d'être actuellement sous traitement auprès d'un médecin ou d'un dentiste. Les demandeurs ont ajouté que comme leurs soins d'orthodontie étaient pris en charge par leur précédente assurance complémentaire, ils n'auraient eu aucun intérêt à mentir pour en conclure une nouvelle. Les demandeurs ont en outre affirmé qu'il était hautement vraisemblable que le collaborateur de l'assurance avec lequel ils avaient rempli les formulaires avait modifié les informations fournies par c.A., expliquant que le nom du pédiatre traitant sur la proposition LAMal était erroné et qu'il y avait une correction du nom du pédiatre après la signature des propositions d'assurance afin d'y indiquer le véritable médecin traitant des enfants, soit le Dr B. Dès lors, si le conseiller en assurances avait pu modifier le nom du pédiatre, il aurait pu en faire de même avec les « croix » dans les cases du questionnaire de santé.

X. Assurances a déposé ses réponses le 10 septembre 2015 en contestant les affirmations selon lesquelles le conseiller en assurances aurait modifié le formulaire après sa signature par c.A. et qu'aucune preuve ne venait étayer cette thèse. Elle a en outre précisé que si la mère des demandeurs avait indiqué avoir

répondu « oui » à la question 2a, ce qui n'était pas démontré, elle n'avait par contre pas soutenu le même argument pour la question 5 du formulaire, ce qui était suffisant pour fonder une réticence. Elle a ainsi conclu au rejet des actions ouvertes par a.A. et b.A., sous suite de frais et de dépens.

Par ordonnance du 14 septembre 2015, la Cour de céans a procédé à la jonction des causes concernant a.A. et b.A., au vu de leur connexité.

Les demandeurs ont répliqué le 15 octobre suivant en soutenant que l'écriture sur les formulaires de déclaration de santé n'était pas celle de leur mère et ont maintenu leur affirmation selon laquelle le conseiller en assurances avait modifié les formulaires postérieurement à la signature de c.A.

Dans sa duplique du 27 octobre suivant, l'assurance a précisé qu'il n'était pas rare qu'un conseiller en assurances remplisse lui-même les formulaires avant de les faire signer et que selon la jurisprudence, il appartient à celui qui laisse à l'agent le soin de remplir le questionnaire de relire et de vérifier les réponses inscrites en son nom, le preneur d'assurance étant seul responsable du contenu des réponses données. Elle a ainsi maintenu ses conclusions de rejet des demandes.

Les parties ont encore déposé leurs plaidoiries écrites les 3 décembre 2015 et 5 janvier 2016 dans lesquelles elles ont répété leurs arguments déjà développés dans leurs écritures précédentes.

Considérant en droit

11 Aux termes de l'article 7 du code de procédure civile du 19 décembre 2008 (CPC), les cantons peuvent instituer un tribunal qui statue en tant qu'instance cantonale unique sur les litiges portant sur les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale selon la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie. Sur cette base, l'article 5 alinéa 1 lettre a de la loi d'application du code de procédure civile suisse du 11 février 2009 prévoit que le Tribunal cantonal connaît, en instance cantonale unique, des affaires civiles relevant notamment de l'article 7 CPC. A teneur de l'article 10 chiffre 14 LACPC, l'article 2 alinéa 1 de l'ordonnance cantonale désignant les autorités et les procédures en matière d'assurance-maladie du 13 mars 1996 est modifié comme suit : le Tribunal cantonal connaît en tant qu'instance

cantonale unique les litiges relatifs aux assurances complémentaires au sens de l'article 12 alinéa 2 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal) (ATF 141 III 479 consid. 2).

Le Tribunal cantonal a attribué à sa Cour des assurances sociales (art. 19 al. 1 LOJ et art. 65 al. 2 LPJA) la compétence de traiter les litiges relatifs aux assurances complémentaires au sens de l'article 12 alinéa 2 LAMal.

La Cour de céans est dès lors compétente *ratione materiae*.

1.2 En vertu de l'article 32 alinéa 1 lettre a CPC, en cas de litige concernant les contrats conclus avec des consommateurs - dont font partie les contrats conclus en matière d'assurance accidents ou maladie privée (cf. la doctrine citée à l'arrêt du Tribunal fédéral 5C.222/2005 du 12 janvier 2006, consid. 2.2), le for est celui du domicile ou du siège de l'une des parties lorsque l'action est intentée par le consommateur.

La Cour de céans est dès lors également compétente *ratione loci* en raison du domicile valaisan des demandeurs.

1.3 A teneur de l'article 243 alinéa 2 lettre f CPC, la procédure simplifiée s'applique, quelle que soit la valeur litigieuse, aux litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie. Le tribunal établit les faits d'office dans les affaires visées à l'article 243 alinéa 2 (art. 247 al. 2 let. a CPC).

En l'occurrence, les demandeurs ont déposé des mémoires conformes aux réquisits posés à l'article 244 CPC. Il sied dès lors d'entrer en matière sur leur demande.

2.1 Le litige porte sur la résiliation du contrat d'assurance complémentaires z. _____ de a.A. et b.A., les demandeurs estimant que cette dernière est nulle et concluant dès lors à la prise en charge de leurs frais d'orthodontie.

2.2 S'agissant des déclarations obligatoires lors de la conclusion du contrat, l'article 4 de la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA) dispose ce qui suit :

1 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.

- 2 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.
- 3 Sont réputés importants les faits au sujet desquels l'assureur a posé par écrit des questions précises, non équivoques.

L'article 6 LCA, relatif à la réticence et à ses conséquences, a la teneur suivante :

- 1 Si celui qui avait l'obligation de déclarer a, lors de la conclusion du contrat, omis de déclarer ou inexactly 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.
- 2 Le droit de résiliation s'éteint quatre semaines après que l'assureur a eu connaissance de la réticence.
- 3 Si le contrat prend fin par résiliation en vertu de l'alinéa 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.

2.3 Selon la jurisprudence, les faits sur lesquels porte l'obligation de renseigner comprennent tous les faits qui entrent en considération pour l'appréciation du risque, soit tous ceux qui peuvent éclairer l'assureur quant à l'étendue du risque à couvrir. Sont visés non seulement les faits qui sont la cause du risque, mais aussi ceux qui permettent de tirer des déductions quant à l'existence de ces sources de risque (ATF 134 III 511 consid. 3.3.2 p. 513; 99 II 67 consid. 4c), en d'autres termes, « toutes les circonstances permettant de conclure à l'existence de facteurs de risque » (ATF 136 III 334 consid. 2.4 p. 337; 118 II 333 consid. 2a p. 336).

Le devoir de renseigner incombant au preneur d'assurance porte uniquement sur les faits (importants pour l'appréciation du risque) au sujet desquels la compagnie d'assurance a posé des questions expresses et non équivoques; le preneur n'a pas à renseigner spontanément sur les risques dont il a connaissance (ATF 134 III 511 consid. 3.3.2 p. 513; 116 V 218 consid. 5a). L'article 4 alinéa 3 LCA présume que le fait est important si l'assureur a posé une question écrite à son sujet. Il ne s'agit cependant que d'une présomption, susceptible d'être renversée. Pour ce faire, aucune preuve

particulière n'est requise; il suffit par exemple que le contraire ressortisse à l'évidence. La présomption est ainsi renversée s'il apparaît que le proposant a omis un fait qui, considéré objectivement, apparaît totalement insignifiant. Tel est le cas d'une consommation de joints de cannabis à quelques reprises uniquement, plus de dix ans avant la conclusion du contrat d'assurance. En tenant compte de toutes les circonstances du cas concret et en se livrant à une appréciation objective fondée sur le principe de la bonne foi, il faut se demander si l'assureur, dans l'hypothèse où la vérité lui aurait été dite, n'aurait pas conclu le contrat, ou ne l'aurait pas conclu aux mêmes conditions. Il s'agit de déterminer la volonté hypothétique de l'assureur, question de droit que le Tribunal fédéral revoit librement (ATF 136 III 334 consid. 2.4).

Pour qu'il y ait violation de l'obligation de déclarer, et partant réticence selon l'article 6 LCA, il faut que la réponse donnée à la question de l'assureur ne soit pas conforme à la vérité, par omission ou inexactitude. La réticence réside dans une divergence entre la vérité et ce qui a été déclaré. Il s'agit au préalable de déterminer si la question formulée par l'assureur était précise et non équivoque; en effet, il ne saurait y avoir de réticence si la réponse donnée à une question ambiguë apparaît véridique, eu égard à la manière dont la question pouvait être comprise de bonne foi par son destinataire. Il faut rechercher si, en fonction des faits qu'il connaissait ou devait connaître, le proposant était en mesure de donner une réponse véridique (ATF 136 III 334 consid. 2.3).

La jurisprudence exige que la résiliation (comme conséquence de la réticence) soit motivée avec précision; la déclaration de résiliation doit mentionner la question qui a reçu une réponse inexacte et préciser de façon circonstanciée en quoi consiste le fait important non déclaré ou inexactement déclaré (ATF 129 III 713 consid. 21 p. 714; arrêt 4A_370/2012 du 4 décembre 2012 consid. 21). Une déclaration de résiliation qui ne mentionne pas la question précise à laquelle il a été répondu inexactement n'est pas suffisamment détaillée (arrêts 4A_289/2013 du 10 septembre 2013 consid. 4.1; 4A_19/2013 du 30 avril 2013 consid. 3.1.2 et 9C_199/2008 du 19 novembre 2008 consid. 5.1).

3. En l'espèce, X. Assurances a résilié le contrat d'assurance complémentaire z._____ pour les enfants a.A. et b.A. au motif que leur mère avait déclaré lors de la signature de la proposition d'assurance en septembre 2013 que son fils et sa fille ne suivaient pas de traitement dentaire (question 2a) et n'avaient pas de malposition des dents (question 5) alors que le Dr C., dentiste traitant, a affirmé que s'agissant de a.A., les parents avaient été informés d'une malposition des dents en février

2010 et que le traitement avait débuté en mai suivant et que pour b.A., l'annonce de problèmes orthodontiques avait été faite en février 2012 et qu'il était traité depuis mai 2012. Les déclarations de résiliation de X. Assurances du 20 février 2015 font expressément mention des questions auxquelles la mère des demandeurs avait répondu de manière inexacte, de sorte que leur validité formelle doit être reconnue, les demandeurs ne prétendant en outre pas que le délai de quatre semaines de l'article 6 alinéa 2 LCA n'aurait pas été respecté.

Les demandeurs fondent leur argumentation sur le fait que les formulaires de déclaration de santé auraient été modifiés postérieurement à leur signature, selon eux par le conseiller en assurance. Les demandeurs font en outre grand cas du fait que le nom de leur médecin traitant dans la police d'assurance LAMal était erroné et que l'indication du nom du véritable médecin traitant, le Dr B., n'aurait pas été inscrit par leur mère, l'écriture ne correspondant pas.

Il sied tout d'abord de préciser que le contenu d'une proposition ou d'un formulaire d'assurance, quand bien il aurait été rempli par un tiers (agent ou conseiller d'assurances) reste de la responsabilité du preneur d'assurance. La signature au pied de ces documents étant bien celle de c.A., le contenu peut ainsi lui être opposé. La jurisprudence considère en effet que lorsque le proposant signe le questionnaire rempli par l'agent sans vérifier l'exactitude des réponses transcrites par celui-ci, il agit à ses risques et périls (arrêt du Tribunal fédéral 5C.278/1999 du 11 avril 2000 consid. 5).

En outre, les demandeurs n'apportent aucune preuve de l'affirmation selon laquelle une modification postérieure aurait été effectuée. L'indication de la date et de l'heure de l'impression des formulaires signés au pied de chaque page permet au contraire de retenir que les formulaires signés de la main de c.A. forment un tout et que l'affirmation selon laquelle le conseiller en assurance aurait pu « trafiquer » les paramètres de l'imprimante afin de faire coïncider la date d'une nouvelle impression avec celle du formulaire déjà signé ne repose sur aucun fondement et confine à latémérité.

Enfin, les demandeurs ont prétendu à plusieurs reprises dans leurs écritures (demande et plaidoiries écrites) que leur mère avait répondu « oui » à la question 2a dont la teneur est la suivante: « Etes-vous actuellement traité (e) ou suivi (e) par un médecin, dentiste, naturopathe, thérapeute, etc. ou cela est-il prévu ? ». Ils n'ont en revanche jamais prétendu avoir répondu « oui » à la question 5 de la déclaration de santé

portant sur une éventuelle malposition des dents, alors que le Dr C. a affirmé de manière claire que les parents avaient été informés de cet état de fait en février 2010 (a.A.) et 2012 (b.A.), soit bien avant la signature des propositions d'assurance ayant eu lieu en septembre 2013.

La Cour retient ainsi que les indications fournies par la mère des demandeurs au sujet du traitement en cours chez un dentiste et de sa connaissance d'un problème orthodontique chez ses enfants n'étaient pas conformes à la vérité et que compte tenu de ces indications erronées, l'assurance était en droit de résilier le contrat d'assurance z._____ pour les enfants a.A. et b.A.

Les demandes doivent ainsi être rejetées.

4.1 Les frais comprennent les frais judiciaires et les dépens (art. 95 al. 1 CPC). Ils sont mis à la charge de la partie succombante (art. 106 al. 1 i.i. CPC).

Il n'est pas perçu de frais judiciaires dans la procédure au fond relative aux litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (art. 114 let. e CPC).

La présente affaire constituant un litige portant sur une assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal, il ne sera donc pas perçu de frais en l'espèce.

4.2 S'agissant des dépens, ils comprennent, selon l'article 95 alinéa 3 CPC : les débours nécessaires (let. a) ; le défraiement d'un représentant professionnel (let. b) ; lorsqu'une partie n'a pas de représentant professionnel, une indemnité équitable pour les démarches effectuées, dans les cas où cela se justifie (let. c).

4.3 Pour défendre ses intérêts en la présente procédure, X. Assurances, qui obtient gain de cause, n'a pas fait appel à un représentant professionnel indépendant mais à ses propres juristes. C'est précisément l'une des tâches de ces employés de défendre les intérêts de X. Assurances dans les procédures judiciaires, notamment par la rédaction de mémoires et de courriers. Ces personnes sont rémunérées par leur employeur pour l'accomplissement de ce travail. X. Assurances n'a donc pas droit à des dépens pour le travail de ses propres employés.

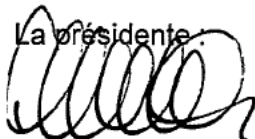
Prononce

1. Les actions ouvertes par a.A. et b.A. à l'encontre de X. Assurances sont rejetées.
2. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

Sion, le 24 novembre 2016

Cour des assurances sociales

La présidente



E.-M. Dayer-Schmid



P.-A. Moix

Voie de droit

Le présent jugement peut faire l'objet d'un recours, dans les trente jours dès sa notification, auprès du Tribunal fédéral, 1000 Lausanne 14. Il est au surplus renvoyé au système des voies de droit de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF) qui régit aussi le mémoire de recours et ses annexes (art. 42 LTF).

Expédié sous pli recommandé à