

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Jugement du 8 septembre 2009

Présidence de M. ABRECHT
Greffier : M. Cuérel

Cause pendante entre :

V._____, à Château-d'Oex, demandeur, assisté de Me Jacques Micheli,
avocat à Lausanne

et

W._____ **SA**, à Muri bei Bern, défenderesse

Art. 12 al. 3 LAMal ; 4, 6, 9, 33 LCA ; 1 DTAs-AM

E n f a i t :

A. a) Depuis le 1^{er} juillet 2006, le demandeur V._____ est assuré auprès de la défenderesse W._____ SA. Sa police comprend, à compter de cette date, une assurance obligatoire des soins "Visana Med Direct" ainsi que, depuis le 1^{er} janvier 2007, une assurance "Basic" complémentaire pour frais de guérison selon la LCA.

Celle assurance complémentaire est soumise aux conditions générales du contrat d'assurance LCA 2007 des assurances-maladie complémentaires (ci-après : les CGA) de même qu'aux conditions complémentaires LCA 2008 de l'assurance-maladie complémentaire Basic (ci après : les conditions complémen-taires).

Selon l'art. 3.1 des CGA, l'objet de l'assurance maladie complémentaire est constitué notamment par "les conséquences économiques de maladie". L'art. 3.2 stipule pour sa part que "par maladie, on entend toute atteinte involontaire à l'intégrité physique ou mentale qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail".

b) Les conditions complémentaires prévoient notamment, sous chiffre 2, la prise en charge de frais liés à une intervention d'orthodontie, selon les conditions suivantes :

"Les prestations à partir de Basic Traitements ambulatoires sont calculées sur la base des frais de traitement non couverts par l'assurance obligatoire des soins. Les prestations de l'assurance obligatoire sont calculées en premier. Les pourcentages indiqués ci-après se rapportent à la part restante des frais du traitement.

[...]

Orthodontie (correction de la position des dents)

(selon le tarif valable pour l'assurance obligatoire des soins)

Montant maximal par traitement (diagnostic, planification, traitement y compris appareils et contrôles ultérieurs jusqu'à la fin du traitement)

80 %

CHF 10'000.-".

c) L'assurance complémentaire Basic a été conclue sur la base de la proposition d'assurance remplie et signée par le demandeur en date du 23 février 2006. Dans le questionnaire annexé à cette proposition figuraient en particulier les questions suivantes, auxquelles le demandeur a répondu par la négative :

"06. Existe-t-il chez vous des séquelles d'une maladie, d'un accident ou d'une infirmité congénitale ?

[...]

11. Y a-t-il chez vous une mauvaise position des dents respectivement une position des dents nécessitant une orthodontie ?

[...]

Souffrez-vous ou avez-vous souffert des maladies ou accidents suivants :

2.4 Lésions de la mâchoire et des dents."

d) Dès le 24 janvier 2007, le demandeur a consulté la Dresse K._____, spécialiste SSO en orthopédie dento-faciale.

Dans un rapport du 24 mai 2007 à l'attention du médecin-conseil de la défenderesse, la Dresse K._____ a indiqué ce qui suit:

"Monsieur V._____, membre de votre caisse est venu me consulter pour un traitement orthodontique. Sur la base d'une documentation (radiographies et modèles) l'analyse de documents a permis de poser le diagnostic suivant :

Dentaire. Classe I d'Angle avec béance antérieure et surplomb de 4 mm. Une dysharmonie dento-alvéolaire négative dans les 2 arcades.

Squelettique Tendance au Mordex apertus congénital (angle des bases 37°

Endognathie du maxillaire supérieur avec une occlusion croisée au niveau des secteurs latéraux

Fonctionnel Interposition frontale de la langue avec déglutition infantile et sygmatisme

Le plan de traitement envisagé est le suivant :

- 1.- Appareillages fixes multibagues pour niveler et coordonner les arcades.
- 2.- Le béance ne peut être corrigée par l'orthodontie, Il est d'ores et déjà envisagé une chirurgie maxillaire, après discussion avec le Dr [...], à savoir une ostéotomie triangulaire segmentaire (WASBUND).

Je joins à ce rapport les documents (Pano, télé, modèles) en vue d'une prise en charge de ce patient. [...]"

e) Le 11 juin 2007, la Dresse K._____ a répondu comme suit au questionnaire que lui a soumis la défenderesse:

"1. Date de la première consultation au sein de votre cabinet :

24.01.07

2. A quelle date le diagnostic concernant un éventuel traitement orthodontique a été posé et quel est le diagnostic précis ?

Cf. Rapport au médecin-conseil (24.05.07)

3. Depuis quand Monsieur V._____ est-il en surveillance pour des problèmes de malposition dentaire ?

/ ?

4. Cette malposition existait-elle avant le 23 février 2006 ?

oui

5. Monsieur V._____ avait-il connaissance de cette affection avant le 23 février 2006 ?

oui

6. Par qui Monsieur V._____ a-t-il été adressé (médecin-dentiste traitant [nom et prénom], visite spontanée, etc...)

/ ?

7. Le traitement orthodontique envisagé relève-t-il d'un article 17 à 19 de l'OPAS ? Si oui de quel article s'agit-il ?

Mordex apertus congénital [angle] Bases 37°
[art.] 19a [al. 2 ch.] 21 OPAS article 209 [OIC]."

f) Par courrier du 11 juillet 2007, la défenderesse a prononcé l'exclusion du traitement orthodontique de l'assurance complémentaire Basic, en exposant ce qui suit :

“Le 23 février 2006 vous avez signé une proposition pour l’admission à l’assurance complémentaire Basic, Hôpital division commune, auprès de W._____ SA. Compte tenu de déclaration sur l’état de santé, ne laissant pas apparaître de problèmes, il a été établi une police correspondante avec effet au 1^{er} janvier 2007.

Les documents aujourd’hui en notre possession attestent que les indications dans la déclaration sur l’état de santé du 23 février 2006 étaient incomplètes. Selon le rapport établi par le Dr K._____, (orthodontiste) il ressort que vous souffrez d’une malformation congénitale (OIC no 209).

Vous auriez impérativement dû mentionner ce fait dans la déclaration sur l’état de santé sous le point 06. Existe-t-il chez vous des séquelles d’une maladie, d’un accident ou d’une infirmité congénitale? ainsi que sous le point 2.4 Lésions de la mâchoire et des dents.

Si W._____ SA avait eu connaissance que de la malposition dentaire existait avant la conclusion du contrat, elle n’aurait pas conclu l’assurance Basic, Hôpital division commune ou ne l’aurait conclue qu’en prononçant une exclusion. On est donc en présence d’une réticence au sens de l’article 6 de la LCA. Dans un tel cas, l’assureur est en droit de mettre fin au contrat et l’obligation d’allouer des prestations s’éteint pour les dommages déjà survenus, dans la mesure où elles sont en relation avec le traitement qui n’avait pas été déclaré. Nous avons décidé de ne pas résilier le contrat, mais d’y apporter rétroactivement, au sens des Conditions générales du contrat d’assurance, chiffre 4.2, l’exclusion suivante :

- Traitement d’orthopédie dento-faciale

Cette exclusion se réfère à l’assurance complémentaire Basic, Hôpital division commune. La W._____ SA n’allouera en aucun cas des prestations pour le traitement touché par l’exclusion. [...]

g) Dans une lettre à la défenderesse du 17 novembre 2007, le demandeur a expliqué ce qui suit:

“Vous m’avez fait parvenir, sous pli recommandé, le 11.07.2007, votre décision d’exclusion du traitement d’orthopédie dento-faciale de mon assurance complémentaire Basic. Pour ce faire, vous vous êtes appuyés sur le fait que je n’avais pas fait mention dans la déclaration sur mon état de santé du 23.2.2006 d’une malformation congénitale de la mâchoire. En conséquence, vous avez estimé qu’il s’agissait d’une réticence au sens de l’article 6 de la LCA.

Or, il s’avère qu’au moment où j’ai rempli cette déclaration, je n’avais pas connaissance d’une quelconque notion de malformation congénitale me concernant. En effet, le fait qu’une anomalie soit congénitale n’implique pas forcément que la personne atteinte en soit consciente.

Par ailleurs, il est à remarquer que ma première consultation chez la Dresse K. _____ (spécialiste SSO en orthopédie dento-faciale) date du 25.01.2007 et que le diagnostic de malformation "probablement congénitale" a été posé à la suite de l'analyse d'examen téléradiographiques et céphalométriques réalisés le 13.2.2007 ; c'est-à-dire plus d'une année après ma déclaration de santé.

Finalement, il eut été insensé de vouloir changer d'assurance complémentaire en ayant conscience de ce problème et de ses conséquences sur les modalités du contrat d'assurance (exclusions). [...]"

h) Le 4 décembre 2007, le Dr A. _____ a établi un certificat médical (à la demande du demandeur, qui l'a ensuite transmis à la défenderesse) dans lequel il mentionnait ce qui suit :

"Monsieur V. _____, né le 03.11.1983, domicilié à Château-d'Oex, est suivi à ma consultation depuis le 31 mars 1989.

Il n'y a pas de notion de malformation congénitale du squelette, de la tête en particulier, qui serait connue au 1^{er} janvier 2006. Le patient ne pouvait donc pas le savoir à cette date."

i) Après nouvel examen de la situation, la défenderesse a pris position comme suit par lettre du 18 mars 2008 :

"[...] Même si, par simple hypothèse, nous annulions l'exclusion, les prestations devraient tout de même être refusées en vertu de l'art. 9 LCA. En effet, d'après cette disposition, un sinistre déjà survenu avant la conclusion du contrat d'assurance ne peut pas être assuré (interdiction de l'assurance rétroactive /ATF 127 III 21). Or, il est incontestable en l'espèce que votre infirmité existait déjà avant la conclusion du contrat d'assurance. Les assertions selon lesquelles des nouvelles circonstances auraient rendu nécessaire ce traitement et que vous n'auriez pas été au courant de l'existence de cette infirmité n'y changent rien. De tels griefs ne sont pas déterminants dans l'application de l'art. 9 LCA.

On note, par ailleurs, que seule la partie du contrat concernant l'orthodontie est concernée et que le reste du contrat reste en vigueur, conformément au principe de la proportionnalité. [...]"

j) Par courriers des 8 avril, 10 juin, 20 août, 9 octobre et 17 novembre 2008, le conseil du demandeur a essayé de prendre contact avec la défenderesse, qui n'a pas répondu.

Entre le 25 janvier 2007 et le 18 décembre 2008, le demandeur a subi des traitements d'orthodontie pour un montant total de 7'223 fr. 05.

k) Le 13 mai 2009, la Dresse K._____ a établi l'attestation suivante :

"A la demande de M. V._____, je dois rectifier la réponse que j'ai donnée à la question 5 du questionnaire que j'ai renvoyé à W._____ SA le 11 juin 2007 qui est erronée.

En effet, la première consultation de ce patient remonte au 24 janvier 2007. Il ne m'est pas possible de me prononcer sur la question de savoir si M. V._____ avait connaissance d'un problème orthodontique avant le 23 février 2006.

Selon les explications données par M. V._____, il n'a pas été suivi par un dentiste depuis la fin de sa scolarité. Il a commencé à éprouver des douleurs à fin 2006-début 2007. Ayant lu sur internet que lesdites douleurs pouvaient venir éventuellement d'une malposition des dents, il s'est décidé à demander mon avis en tant que spécialiste en matière d'orthodontie C'est ainsi qu'il a pris rendez-vous avec moi le 24 janvier 2007. Je l'ai revu le 13 février 2007 afin d'effectuer un bilan radiologique détaillé à la suite duquel j'ai pu poser un diagnostic précis."

B. **a)** Par demande du 28 janvier 2009, V._____ a assigné W._____ SA devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant au remboursement par la défenderesse des frais relatifs au traitement de ses affections orthodontiques à hauteur de 8'000 fr. plus intérêt à 5% l'an dès le 1^{er} octobre 2007 (I), à la prise en charge par la défenderesse des éventuels futurs frais relatifs à ce traitement orthodontique (II) et à l'épuration du contrat d'assurance le liant à la défenderesse de toute réserve concernant les affections orthodontiques (III).

A l'appui de ses conclusions, le demandeur allègue qu'il n'y a pas eu réticence de sa part et que la clause d'exclusion doit donc être supprimée. Il soutient par ailleurs que le sinistre ne s'est pas réalisé à sa naissance, mais au moment de la constatation médicale du problème et de la nécessité du traitement, de sorte que l'art. 9 LCA ne saurait trouver application.

b) Par réponse du 4 mars 2009, la défenderesse a conclu avec suite de frais et dépens au déboutement du demandeur de toutes ses conclusions, au motif qu'il y a bien eu réticence et que le risque assuré était déjà survenu lors de la conclusion du contrat.

c) Par réplique du 19 mai 2009, le demandeur a notamment complété ses allégations de fait, produit une nouvelle pièce et conclu au rejet des conclusions reconventionnelles [sic] de la défenderesse.

d) Par duplique du 17 juin 2009, la défenderesse s'est prononcée sur les nouvelles allégations de fait du demandeur et sur la nouvelle pièce produite par celui-ci et a confirmé intégralement les conclusions prises dans son mémoire de réponse.

e) Le 7 août 2009, le demandeur a écrit au juge instructeur que comme la duplique de la défenderesse n'apportait aucun élément nouveau, il priait la Cour de rendre son jugement sans autre mesure d'instruction et sans audience ; il a demandé la confirmation qu'il serait donné suite à cette demande et a demandé que lui soit indiqué, même approximativement, le délai dans lequel il pourrait s'attendre à recevoir le jugement.

f) Par courrier du 13 août 2009, le juge instructeur a informé les parties que la Cour devrait être en mesure de rendre un jugement, sans autre mesure d'instruction et sans audience, dans le courant du deuxième semestre 2009.

E n d r o i t :

1. a) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD).

b) La compétence de la cour de céans, qui a repris au 1^{er} janvier 2009 les attributions l'ancien Tribunal des assurances, n'est pas contestée, ni d'ailleurs contestable.

En effet, les assurances complémentaires à l'assurance-maladie, pratiquées par des caisses-maladie ou des assurances privées, relèvent du droit privé depuis l'introduction de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 [LAMal, RS 832.10], entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1996 ; les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale sont ainsi soumises à la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 [LCA, RS 221.229.1] (art. 12 al. 3 LAMal). Dans le canton de Vaud, par voie d'interprétation prétorienne de l'article premier du décret du 20 mai 1996 relatif à l'attribution au Tribunal cantonal des assurances de la compétence du contentieux des assurances complémentaire à l'assurance-maladie [DTAs-AM, RSV 173.431], la jurisprudence a posé que le contentieux de assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale est toujours de la compétence du Tribunal des assurances (JT 1999 III 106 ; Fonjallaz, Compétence et procédure en matière de contentieux des assurances complémentaires à l'assurance maladie, in JT 2000 III 79, spéc. p. 80-82). En l'espèce, le litige concerne précisément des prestations réclamées en vertu d'un contrat d'assurance privée en matière d'assurance complémentaire à l'assurance-maladie. Il relève donc de la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui, comme il a été dit plus haut, a repris depuis le 1^{er} janvier 2009 les attributions de l'ancien Tribunal des assurances, étant précisé que le décret précité n'a pas été modifié à cette occasion.

c) Dès lors que la valeur litigieuse, qui s'élève à 8'000 fr. en capital (art. 51 al. 3 LTF, applicable par renvoi de l'art. 116 LOJV [loi vaudoise du 12 décembre 1979 d'organisation judiciaire, RSV 173.01]), est donc inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge instructeur statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD, applicable par analogie à la procédure d'action en vertu de l'art. 109 al. 1 LPA-VD).

2. Il convient d'examiner en premier lieu la question de la réticence.

a) Aux termes de l'art. 4 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 (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).

L'art. 6 LCA (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2006) dispose 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 la jurisprudence, 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. Il faut tenir compte des circonstances du cas particulier, notamment des qualités (intelligence, formation, expérience) et de la situation du proposant. Ce

qui est 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. 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 pas lui échapper s'il réfléchit sérieusement aux questions posées (ATF 134 III 511 consid. 3.3.3 et les arrêts cités ; Nef, Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG), 2001, n. 26 ad art. 4 LCA). En d'autres termes, ce qui importe 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).

b) En l'espèce, le demandeur nie avoir commis une réticence en répondant par la négative aux questions 0.6, 11 et 2.4 du questionnaire annexé à la proposition d'assurance qu'il a signée le 2 février 2006. Selon lui, il ressort clairement du certificat médical du Dr A._____ du 4 décembre 2007 qu'avant la souscription de l'assurance, rien n'indiquait la malformation dont il souffrait ; n'ayant pas eu connaissance de ce problème, il n'aurait ainsi rien dissimulé à la défenderesse ; faute de preuve par la défenderesse de cet élément subjectif, celle-ci ne serait pas en droit de refuser sa prestation.

La défenderesse s'étonne pour sa part de ce que la Dresse K._____, dans son attestation du 13 mai 2009 établie à la requête du demandeur, ait aussi tardivement rectifié ses propos du 11 juin 2007 en écrivant qu'il ne lui était "pas possible de [se] prononcer sur la question de savoir si M. V._____ avait connaissance d'un problème orthodontique avant le 23 février 2006". La défenderesse relève que la Dresse K._____ n'affirme pas non plus que son patient n'avait pas connaissance de ces problèmes avant la signature de la proposition d'assurance, mais ne se prononce simplement pas sur cette question ; par ailleurs, les informations complémentaires données par cette praticienne dans la suite de

l'attestation précitée ne constitueraient pas une preuve particulière puisque ses affirmations sur le déroulement des faits antérieurs à la première consultation sont faites "selon les explications données par M. V._____". La défenderesse expose encore qu'au moment de la signature de la proposition d'assurance, le demandeur était déjà âgé de 22 ans et qu'il avait donc depuis longtemps sa dentition définitive ; selon elle, si l'on suivait les déclarations du demandeur, cela signifierait que l'ensemble des problèmes seraient apparus en l'espace d'une année, soit entre le 23 février 2006 (date de la signature de la proposition d'assurance) et le 24 janvier 2007 (date du diagnostic), quand bien même le demandeur avait sa dentition définitive depuis de nombreuses années et tout cela sans qu'il ait eu le moindre symptôme ou doute sur une malposition dentaire l'année ou les mois précédant la signature. Le demandeur ne saurait ainsi être suivi dans son raisonnement et aurait bien commis une réticence au sens de l'art. 6 LCA en ne faisant pas part à la défenderesse des doutes qu'il devait nécessairement avoir à ce moment-là.

c) Il résulte de l'attestation établie le 13 mai 2009 par la Dresse K._____ que, selon les explications données par le demandeur, celui-ci n'a pas été suivi par un dentiste depuis la fin de sa scolarité et qu'il a commencé à éprouver des douleurs à fin 2006-début 2007 ; ayant lu sur Internet que lesdites douleurs pouvaient résulter éventuellement d'une malposition des dents, il s'est décidé à demander l'avis de la prénommée, en sa qualité de spécialiste en matière d'orthodontie, et a ainsi pris rendez-vous avec cette dernière le 24 janvier 2007.

Si, comme le relève la défenderesse, ces constatations sont faites sur la base des explications données par le demandeur, rien dans le dossier ne permet de mettre en doute ces affirmations. Au contraire, le Dr A._____, médecin traitant du demandeur qu'il a suivi à sa consultation depuis le 31 mars 1989, a attesté dans son certificat du 4 décembre 2007 qu'il n'y avait pas de notion de malformation congénitale du squelette, de la tête en particulier, qui était connue au 1^{er} janvier 2006, et que le demandeur ne pouvait donc pas le savoir à cette date. Les affirmations du demandeur sont ainsi corroborées par le certificat de son médecin traitant.

La défenderesse affirme qu'il n'est pas plausible que le demandeur, qui au moment de la signature de la proposition d'assurance était déjà âgé de 22 ans et avait donc depuis longtemps sa dentition définitive, n'ait pas eu le moindre symptôme ou doute sur une malposition dentaire alors qu'il est allé consulter la Dresse K. _____ pour ce problème onze mois seulement après la signature de la proposition d'assurance. Ces affirmations ne constituent que de pures spéculations de la part de la défenderesse et ne sont étayées par aucune preuve ; elle sont au contraire infirmées par l'attestation de la Dresse K. _____ du 13 mai 2009. Cette praticienne y précise en effet expressément qu'il ne lui est pas possible de se prononcer sur la question de savoir si le demandeur avait connaissance d'un problème orthodontique avant le 23 février 2006, ce qui démontre bien qu'il est parfaitement plausible, aux yeux d'une spécialiste en matière d'orthodontie, que le demandeur ait pu ignorer de bonne foi, lors de la signature de la proposition d'assurance le 23 février 2006, la malposition dentaire congénitale qui a été diagnostiquée une année plus tard. Ainsi, il n'est pas établi que le demandeur, en donnant aux questions déterminantes du questionnaire qu'il a rempli le 23 février 2006 des réponses (négatives) qui, rétrospectivement, s'avèrent objectivement inexactes, n'a pas répondu de bonne foi aux questions qui lui étaient posées.

d) Il résulte de ce qui précède que la défenderesse n'était pas fondée à résilier le contrat pour cause de réticence en application de l'art. 6 LCA, ni, partant, à y introduire rétroactivement une exclusion pour les traitements d'orthopédie dento-faciale.

3. Cela étant posé, il convient encore d'examiner si la défenderesse est fondée à refuser de prendre en charge les frais liés à l'intervention d'orthodontie subie par le demandeur (selon les conditions prévues au chiffre 2 des conditions complémentaires LCA 2008 de l'assurance-maladie complémentaire Basic), au motif qu'au moment où le contrat a été conclu, le sinistre était déjà survenu (art. 9 LCA).

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. Le fait de savoir si l'assuré avait ou non connaissance de la survenance du sinistre n'est pas déterminant pour l'application de l'art. 9 LCA (ATF 127 III 21 consid. 2 b/aa). En l'espèce, est donc litigieuse la question de savoir si, au moment de la conclusion du contrat, à savoir au moment de l'acceptation par la défenderesse de la proposition d'assurance signée le 23 février 2006 par le demandeur, le sinistre — soit le risque contre les conséquences duquel l'assurance a été conclue (cf. même arrêt) — était objectivement déjà survenu.

b) La défenderesse soutient que la question qui se pose est celle de savoir si l'affection assurée (malposition des dents) était déjà présente ou non au moment de la conclusion du contrat, ou en d'autres termes si le traitement prodigué après l'entrée en vigueur de l'assurance aurait déjà pu l'être à ce moment-là. Elle fait valoir que dans la mesure où la malposition des dents n'est pas apparue entre le moment de l'envoi de la proposition d'assurance (le 23 février 2006) et le premier traitement (le 25 janvier 2007), cette malposition existait bel et bien déjà avant le 23 février 2006, comme l'a confirmé la Dresse K. _____ dans ses réponses du 11 juin 2007 au questionnaire qu'elle lui a adressé. Ainsi, la malposition de dents du demandeur étant préexistante à la conclusion du contrat, la défenderesse soutient que c'est à juste titre qu'elle a refusé de prendre en charge le traitement y relatif en invoquant l'art. 9 LCA.

Le demandeur se réfère quant à lui à l'art. 33 LCA, qui prévoit que sauf disposition contraire de cette loi, l'assureur répond de tous les événements qui présentent le caractère du risque contre les conséquences duquel l'assurance a été conclue, à moins que le contrat n'exclue certains événements d'une manière précise, non équivoque. Il soutient qu'en l'espèce, l'assurance porte notamment sur la couverture des traitements d'orthodontie, qui peuvent résulter d'une affection accidentelle ou congénitale, et que les cas d'origine congénitale ne sont

pas exclus conformément à l'art. 33 LCA. Selon lui, il faut donc considérer que le sinistre est survenu au moment de la constatation médicale du problème et de la nécessité du traitement soit, en l'espèce, après le début de la couverture d'assurance. En tout cas, en l'absence d'une disposition claire du contrat, c'est cette interprétation qu'il conviendrait de retenir en vertu du principe selon lequel, en présence de deux interprétations possibles des CGA, il faut retenir la moins favorable à l'assureur (*in dubio contra assicuratorem*).

c) 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 consid. 2 b/aa). L'art. 3.2 des CGA définit la maladie comme étant toute atteinte involontaire à l'intégrité physique ou mentale qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail. Si une maladie au sens de cette définition est préexistante à la conclusion du contrat, une assurance contre les conséquences économiques de cette maladie (cf. art. 3.1 des CGA), soit contre les frais induits par le traitement de cette maladie, est exclue selon l'art. 9 LCA (cf. même arrêt).

En l'espèce, il résulte très clairement des indications données par la Dresse K._____ en réponse à la question 4 du questionnaire qu'elle a rempli le 11 juin 2007, que la malposition des dents ayant donné lieu au traitement dont le demandeur sollicite la prise en charge par la défenderesse existait déjà le 23 février 2006. Si, dans son attestation du 13 mai 2009, cette praticienne a rectifié sa réponse à la question 5 en indiquant qu'il ne lui était pas possible de se prononcer sur la question de savoir si le recourant avait connaissance d'un problème orthodontique avant le 23 février 2006, elle n'est en revanche nullement revenue sur la constatation que la malposition existait déjà à cette date ; le seul fait — qui doit être admis (cf. consid. 2c supra) — que le demandeur n'en avait alors pas connaissance demeure sans pertinence pour l'application de l'art. 9 LCA (cf. consid. 3a supra). Ces constatations de la spécialiste en orthodontie dento-faciale qu'est la Dresse K._____ ne sont pas remises en cause par le certificat médical établi le 4 décembre 2007 par le Dr

A._____, médecin généraliste et par ailleurs médecin traitant du demandeur, dans la mesure où ce certificat porte uniquement sur le fait qu'une notion de malformation congénitale du squelette, de la tête en particulier, n'était pas connue au 1^{er} janvier 2006, ce qui est sans pertinence pour l'application de l'art. 9 LCA (cf. consid. 3a supra).

Quant aux allégations du demandeur selon lesquelles il n'a commencé qu'à fin 2006-début 2007 à éprouver des douleurs qui l'ont amené à consulter la Dresse K._____, laquelle a alors pu poser le diagnostic de mordex apertus congénital, elles ne changent rien au fait que le sinistre était alors déjà objectivement survenu. L'argumentation du demandeur tirée de l'art. 33 LCA et du principe *in dubio contra assicuratores* n'est également d'aucun secours au demandeur. En effet, même si les parties étaient expressément convenues que l'assurance déploie ses effets à titre rétroactif, en ce sens que le sinistre n'est réputé survenu qu'au moment de la constatation médicale du problème et de la nécessité du traitement, une telle convention se heurterait au caractère impératif de l'art. 9 LCA (art. 97 al. 1 LCA ; Brulhart, Droit des assurances privées, 2008, n. 427 p. 189), selon lequel, on l'a vu, la nullité du contrat dépend exclusivement du point de savoir si le sinistre était objectivement déjà survenu lors de la conclusion du contrat.

En conséquence, force est de retenir que la malposition dentaire qui a donné lieu au traitement entrepris en janvier 2007 existait déjà en février 2006, de sorte que le sinistre était déjà survenu, au sens de l'art. 9 LCA, lors de la conclusion du contrat.

d) Il résulte de ce qui précède que le contrat d'assurance conclu entre les parties ne saurait couvrir le traitement du mordex apertus congénital diagnostiqué en février 2007 par la Dresse K._____, dès lors qu'il est établi que cette affection est objectivement préexistante à la conclusion du contrat. Les conclusions I et II prises dans la demande du 28 janvier 2009 doivent donc être rejetées en tant qu'elles tendent à la prise en charge par la défenderesse des frais relatifs au traitement de cette affection orthodontique. En revanche, en l'absence de réticence du

demandeur (cf. consid. 2 supra), l'exclusion de l'assurance complémentaire Basic de tout traitement d'orthopédie dento-faciale, telle que prononcée le 11 juillet 2007 par la défenderesse, doit être déclarée nulle et non avenue.

4. a) En définitive, la demande doit être très partiellement admise en ce sens que l'exclusion de l'assurance complémentaire Basic de tout traitement d'orthopédie dento-faciale, telle que prononcée le 11 juillet 2007 par la défenderesse, est déclarée nulle et non avenue ; pour le surplus, elle doit être rejetée.

b) Il ne sera pas perçu de frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 85 al. 3 LSA [loi fédérale du 17 décembre 2004 sur la surveillance des entreprises d'assurance, RS 961.01]). Le demandeur, qui obtient très partiellement gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, a droit à une indemnité à titre de dépens réduits, mise à la charge de la défenderesse (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 et 56 al. 2 LPA-VD). Selon l'art. 7 du Tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales du 2 décembre 2008 (TFJAS, RSV 173.36.5.2), les dépens comprennent des honoraires fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse, qui sont en règle générale compris entre 500 et 5'000 francs. En l'espèce, il y a lieu de fixer à 500 fr. l'indemnité due au demandeur à titre de dépens réduits.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** L'exclusion de l'assurance complémentaire Basic de tout traitement d'orthopédie dento-faciale, telle que prononcée le 11 juillet 2007 par la défenderesse W._____ SA dans le contrat d'assurance la liant au demandeur V._____ (n° d'assuré [...]), est nulle et non avenue.

- II.** Toutes autres ou plus amples conclusions sont rejetées.

- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice.

- IV.** Une indemnité de 500 fr. (cinq cents francs), à verser au demandeur à titre de dépens réduits, est mise à la charge de la défenderesse.

Le président :

Le greffier :

Du

Le jugement qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Jacques Micheli, avocat à Lausanne (pour V. _____)
- W. _____ SA, à Muri bei Bern

par l'envoi de photocopies.

Si la valeur litigieuse n'atteint pas 30'000 fr., le présent jugement peut faire l'objet d'un recours devant le Tribunal cantonal, Chambre des recours, dans les dix jours dès sa notification, en déposant au greffe de la Cour des assurances sociales, Route du Signal 8, 1014 Lausanne, un acte de recours en deux exemplaires désignant le jugement attaqué et contenant les conclusions en nullité ou les conclusions en réforme dans les cas prévus par la loi.

Lorsque la valeur litigieuse de 30'000 fr. est atteinte, la voie du recours en matière civile au Tribunal fédéral est ouverte. Le recours doit être déposé devant le Tribunal fédéral (case postale, 1000 Lausanne 14) dans les trente jours qui suivent la notification de l'expédition complète.

La Cour des assurances sociales estime que, dans la présente affaire, la valeur litigieuse est inférieure à 30'000 francs.

Le greffier :