

Tribunal cantonal du canton de Vaud, 2 décembre 1999,
C. c. Assura, assurance maladie et accident, Pully

Faits: J.-L. C. a rempli une proposition d'assurance auprès d'Assura le 27 novembre 1997. Il y déclarait nomment n'être ni malade ni incapable de travailler et n'avoir pas souffert des atteintes à la santé énumérées dans le questionnaire, en particulier de malformations, déformations ou infirmités. La caisse l'a admis dans l'assurance obligatoire des soins et, sans réserve, dans les assurances LCA Complementary Plus (assurance complémentaire des soins spéciaux élargis), Optima (hospitalisation en division privée ou clinique) et Previsia (assurance décès et invalidité en cas d'accident).

Le 22 septembre 1998, J.-L. C. a annoncé par téléphone à Assura qu'il entrerait prochainement à la clinique C. pour subir une double ostéotomie de correction du pouce du pied droit; il avait toujours eu des problèmes pour acheter ses souliers.

Dans un rapport établi le 25 décembre 1998 à l'intention d'Assura, le Dr P., médecin traitant, a posé le diagnostic de metatarsus primus longus, subluxeation métatarso-phalangienne I, luxation du sésamoïde externe, hallux valgus longus à droite; le patient ressentait des douleurs depuis l'automne 1996 avec de plus en plus de difficultés à se chausser; la première consultation avait eu lieu le 18 septembre 1998, aucune investigation et aucun traitement n'étant intervenus auparavant. Le Dr P. a encore précisé par téléphone que le patient signalait des douleurs, gênes, etc au niveau de l'orteil I droit depuis deux ans au moins, en tout cas pas seulement depuis quelques semaines et mois; le praticien ajoutait qu'il n'opérerait pas une affection qui n'aurait pas duré plus d'un an ou plus.

Invité à expliquer pourquoi il n'avait pas signalé des douleurs au pied lors de son affiliation, l'assuré a répondu le 10 octobre 1998:

" ... [le Dr P.] a certainement confondu mes propos: je lui ai fait comprendre que mon pouce du pied droit me faisait souffrir depuis les trois dernières semaines avant ma visite à son cabinet. Il m'a posé plusieurs questions et je lui ai demandé si le fait de pratiquer la course à pied avait pu causer ce traumatisme. Je pratique (un petit peu) ce sport depuis l'automne 96 d'où sa confusion...

Je n'ai pas signalé lors de mon affiliation cette affection, pour la simple raison que je n'avais ni problèmes ni douleurs ... "

Le 20 octobre 1998, Assura a informé J.-L. C. qu'elle grevait ses assurances Complementary Plus et Optima d'une réserve pour hallux valgus longus à droite.

L'assuré a protesté le 24 novembre 1998 en confirmant ses déclarations antérieures. De son côté, le docteur P. a écrit au médecin-conseil d'Assura le 24 décembre 1998:

" ... J'ai en effet mentionné dans mon rapport qu'il a commencé à se plaindre de son pied droit en automne 96 mais ses plaintes étaient encore très modérées, M. C. ne s'en est pas du tout inquiété, il n'a jamais consulté, aucune investigation n'a été entreprise avant l'automne 1998 ..."

Le 20 janvier 1999, Assura a écrit à J.-L. C. qu'elle confirmait sa réserve.

Par demande du 10 février 1999, J.-L. C., représenté par son conseil, a saisi le Tribunal des assurances, concluant à l'annulation de la réserve.

Assura a conclu au rejet de la demande.

Motifs: Les assurances complémentaires sont régies par le droit privé et la procédure judiciaire est celle de l'action. L'écriture du 10 février 1999 constitue une demande, recevable à la forme, tendant à obtenir l'annulation d'une réserve pour hallux valgus longus à droite.

Le demandeur a requis l'interpellation du docteur P. Cette mesure d'instruction paraît superflue du moment que ce praticien s'est déjà exprimé et a donné tous les renseignements qu'on pouvait attendre de lui.

Selon l'article 4 de la loi sur le contrat d'assurance (ci-après: 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.

Si celui qui devait faire la déclaration a, lors de la conclusion du contrat, omis de déclarer ou inexactement déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître (réticence), l'assureur n'est pas lié par le contrat à condition qu'il s'en soit départi dans les quatre semaines à partir du moment où il a eu connaissance de la réticence (art. 6 LCA).

Sauf disposition contraire de la présente 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 (art. 33 LCA).

Aux termes du chiffre 4.1.1 des Conditions générales d'assurance pour l'assurance complémentaire de la défenderesse, sont exclues de l'assurance les affections en cours lors de l'entrée en vigueur du contrat ou faisant l'objet d'une réserve, ainsi que les suites d'accidents survenus avant l'entrée en vigueur du contrat.

Selon la jurisprudence (ATF 116 II 340, c. 1c et les arrêts cités), il résulte clairement des articles 4 et 6 LCA qu'il ne faut adopter ni un critère purement subjectif, ni un critère purement objectif pour juger si le proposant a rempli ou non ses obligations quant aux déclarations à faire. Du moment que la loi ne se contente pas de ce que le proposant communique à l'assureur, en réponse aux questions correspondantes, les faits importants pour l'appréciation du risque qui lui sont effectivement connus, mais qu'elle prescrit en outre que le proposant doit déclarer également les faits importants pour l'appréciation du risque qui doivent être connus de lui, cette loi institue un critère objectif (indépendant de la connaissance effective qu'a le proposant des faits concrets). Toutefois, pour appliquer ce critère, on tiendra compte des circonstances du cas particulier, notamment des qualités (intelligence, formation, expérience) et de la situation du proposant. En effet, celui-ci doit déclarer à l'assureur, outre les faits importants pour l'appréciation du risque qui lui sont effectivement connus, non pas d'une façon générale tous les faits de cette nature qui sont objectivement reconnaissables lors de la conclusion du contrat, mais seulement ceux qui font l'objet de questions écrites et qui lui sont connus ou doivent être connus de lui; ce principe vaut non seulement dans le cas exceptionnel du proposant dont les facultés mentales ne sont pas normalement développées, mais dans tous les cas. Ce qui est finalement décisif, c'est de juger si et dans quelle mesure le proposant pouvait de bonne foi donner une réponse négative à une question de l'assureur, selon la connaissance qu'il avait de la situation et, le cas échéant, selon les renseignements que lui avaient fournis des personnes qualifiées: la loi fédérale sur le contrat d'assurance exige du proposant qu'il se demande sérieusement s'il existe un fait qui tombe sous le coup des questions de l'assureur, mais elle n'exige pas de lui qu'il recueille des renseignements sur l'existence d'un pareil fait; le proposant remplit l'obligation qui lui est imposée s'il déclare, outre les faits qui lui sont connus sans autre réflexion, ceux qui ne peuvent pas lui échapper s'il réfléchit sérieusement aux questions posées (ATF 118 II 333).

En l'espèce, il ressort du dossier et de l'instruction menée par le tribunal que, lors de la conclusion du contrat d'assurance, l'assuré ne ressentait pas de douleurs particulièrement intenses causées par son hallux valgus. En effet, même si elles ont été mentionnées auparavant par l'intéressé, ces douleurs, jusqu'à quelques mois voire quelques semaines

avant la consultation du 18 septembre 1998 chez le Dr P., n'apparaissent que ponctuellement et de manière modérée dans des situations particulières telles que la course à pied, raisons pour lesquelles elles n'ont pas entraîné de demande thérapeutique.

Dans ces conditions, il ne peut être reproché au demandeur de ne pas avoir répondu affirmativement à la question de savoir s'il présentait des atteintes à la santé énumérées dans le questionnaire, en particulier des malformations, déformations ou infirmités. Cela est d'autant plus vrai qu'il est douteux que, pour l'assuré moyen, un hallux valgus - si tant est que l'intéressé l'ait remarqué - puisse être assimilé à une maladie, alors même qu'il n'entraîne qu'occasionnellement des douleurs de faible intensité.

Il s'ensuit que la demande doit être admise.

Il ressort de l'article 26 bis de la loi sur le Tribunal des assurances [LTA], des dépens peuvent être alloués au demandeur qui obtient gain de cause. Ils sont supportés par la partie défenderesse. Ils sont arrêtés globalement dans le jugement, la partie ayant la faculté de produire un relevé de ses opérations.

En l'espèce, le demandeur qui obtient gain de cause a été assisté d'un avocat. Il a donc droit à des dépens qu'il convient d'arrêter équitablement à 1'200 francs.

Par ces motifs, le Tribunal des assurances:

I. Admet la demande.

II. Dit que la défenderesse versera au demandeur, soit au conseil de celui-ci, la somme de 1'200 francs (mille deux cents francs) à titre de dépens.

Le présent jugement, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est communiqué aux parties par envoi sous pli recommandé avec accusé de réception, avec avis qu'il leur est loisible, si, d'après leurs conclusions, les droits contestés en instance cantonale atteignent une valeur d'au moins 8'000 fr., d'interjeter un recours en réforme au Tribunal fédéral, dans un délai de 30 jours dès la réception de la communication écrite de la décision. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal cantonal des assurances, Route du Signal 8, 1014 Lausanne.

Outre la désignation de la décision attaquée et de la partie intimée, l'acte de recours doit contenir:

a. Dans les contestations de nature pécuniaire lorsque le montant de la réclamation n'est pas déterminé, la mention que la valeur exigée est atteinte, ainsi que, éventuellement, les motifs pour lesquels le recourant conteste une constatation contraire de la juridiction inférieure;

b. L'indication exacte des points attaqués de la décision et des modifications demandées. Le simple renvoi aux conclusions formulées dans la procédure cantonale ne suffit pas. Il ne peut être présenté de conclusions nouvelles;

c. Les motifs à l'appui des conclusions. Ils doivent indiquer succinctement quelles sont les règles de droit fédéral violées par la décision attaquée et en quoi consiste cette violation. Il ne peut être présenté de griefs contre les constatations de fait, ni de faits, exceptions, dénégations et preuves nouveaux, ni d'observations sur la violation du droit cantonal;

d. Lorsque la constatation d'un fait que la juridiction cantonale doit apprécier d'après le droit fédéral est attaquée pour le motif qu'elle repose manifestement sur une inadvertance, l'indication exacte de cette constatation et la pièce du dossier qui la contredit;

e. Le cas échéant, la demande d'assistance judiciaire (art. 152 OJF).
(art. 43 ss OJF, spéc. art. 46, 54 et 55).

Les autres voies de droit demeurent réservées.

Le jugement est également communiqué à l'Office fédéral des assurances privées (art. 47 al. 4 LSA).