

Tribunal cantonal du canton de Vaud, 31 janvier 2000,  
P. c. La Caisse Vaudoise, Lausanne

**Faits:** Le 21 novembre 1997, J. P., né en 1945, a adhéré à la Caisse Vaudoise au titre de l'assurance-maladie sociale. Une demande d'affiliation a été remplie le même jour par le représentant d'assurance G. et signée par le candidat. Répondant à des questions relatives à son état de santé, celui-ci a indiqué être en traitement pour le dos auprès du Dr A. M., généraliste à N. L'assurance obligatoire des soins ignorant les réserves, il a été admis au sein de la caisse à partir du 1er janvier 1998, sans qu'il ne soit tenu compte des indications figurant dans le questionnaire.

Le 11 février 1998, J. P. par l'intermédiaire du même représentant, a adressé une proposition d'assurance-maladie LCA à la Caisse Vaudoise pour une couverture perte de gain de 211 fr. par jour dès le 90e jour. Cette fois-ci, il répondit négativement à la question de savoir s'il était en traitement médical ou sous contrôle médical. En outre, il indiqua être en parfaite santé, ne pas avoir été victime d'un accident ces dix dernières années et ne pas souffrir, ni avoir souffert durant ces dix dernières années d'aucune des affections mentionnées dans le questionnaire, ni d'aucun autre trouble. En outre, il admettait avoir subi une incapacité de travail de plus de quatre semaines ces cinq dernières années pour une opération au doigt, mais n'ait souffrir ou avoir souffert ces dix dernières années d'aucune affection dorsale ni d'aucun trouble non mentionné expressément.

Cette seconde formule, bien qu'intitulée "proposition d'assurance" précise, dans sa première page, qu'il s'agit d'une "proposition de modification de police".

Le proposant a été admis pour la couverture sollicitée dès le 1er mars 1998.

Le 27 juin 1998, l'assuré est tombé malade et a adressé les certificats médicaux idoines à l'assureur, notamment un certificat du Dr M. du 31 août 1998 attestant une incapacité de travail dès le 27 juin 1998 pour une durée indéterminée et un autre certificat, délivré par le CHUV le 13 octobre 1998, établissant une incapacité du 13 octobre au 30 novembre 1998. La Caisse Vaudoise a alloué ses prestations, sous déduction de celles déjà versées par l'assureur de l'employeur de l'intéressé. Cependant, le 26 janvier 1999, la Caisse Vaudoise a exclu l'intéressé de l'assurance complémentaire, hormis une couverture de 2 fr. par jour grevée d'une réserve. Elle se prévalait d'une réticence lors de la proposition d'assurance. En outre, elle réclamait remboursement des prestations servies du 27 juin au 31 décembre 1998 et déclarait renoncer à conserver les primes pour le solde de la période en cours (année 1999) pour autant que le remboursement soit effectué jusqu'au 31 mars 1999.

Les parties ont confirmé leurs positions respectives lors d'un échange de correspondances. L'assuré a par la suite appris que l'assureur avait recueilli des renseignements auprès du Dr M., lequel a répondu par lettre du 24 octobre 1998, complétée par écrit du 9 janvier 1999. L'assureur a également interpellé le CHUV.

Dans son premier rapport, le Dr M. a indiqué que l'assuré souffrait d'une volumineuse hernie discale, que ses plaintes remontaient au 26 juin 1998, qu'il ne s'agissait pas d'une récurrence, qu'il avait traité ce patient de temps en temps pour des lombalgies, une radiographie lombaire ayant été effectuée en 1993. Dans son second rapport, ce praticien a précisé que l'assuré souffre de blocages lombaires depuis le début du mois d'octobre 1993, le diagnostic posé étant celui de lombalgies non spécifiques avec troubles posturaux et "discrète arthrose de la colonne, débutante". Le traitement a eu lieu du 22 juin au 28 juillet 1993, l'arrêt de travail perdurant du 22 juin au 25 juillet. Ce praticien ajoutait ce qui suit: "( ... ) on peut considérer que l'épisode de 1993 était un épisode isolé et sans suite".

Pour sa part, le CHUV a fait savoir que l'assuré souffrait d'une hernie discale, que ses plaintes remontaient au 26 juin 1998 et qu'il ne s'agissait pas d'une récurrence.

Le 26 janvier 1999, l'assureur a derechef confirmé sa position. L'assuré a également contesté ce procédé par écriture du 2 février suivant.

J. P., représenté par l'avocat N., a ouvert action contre la Caisse Vaudoise le 12 mai 1999. Il a pris, avec suite de dépens, les conclusions suivantes:

"1. Caisse Vaudoise n'est pas en droit d'invoquer la réticence.

2. J. P. ne doit pas le remboursement des indemnités versées par Caisse Vaudoise en 1998, soit Fr 2'254.- (...).

3. Dès le 1.1.1999, Caisse Vaudoise doit fournir les prestations selon la police signée le 11.12.1998, toutefois sous réserve du dépassement du salaire, dans la proportion du degré d'incapacité de travail ou d'invalidité et pour la durée entière de celle-ci."

Dans sa réponse du 15 juin 1999, la défenderesse a pris les conclusions suivantes:

"1. Recevoir la demande en la forme;

2. La rejeter quant au fond;

3. Constater que la Caisse Vaudoise était fondée à annuler l'assurance complémentaire IJ de M. P. avec effet rétroactif au 1er mars 1998;

4. Constater que la caisse était fondée à conserver les primes déjà payées et à exiger le remboursement d'un montant de Fr 2'254.- correspondant aux indemnités versées pour la période du 25 septembre au 31 décembre 1998;

5. Dire que la caisse Vaudoise n'est pas tenue de verser à M. P. des prestations au titre de l'assurance complémentaires IJ à partir du 1er janvier 1999."

Les parties ont confirmé leurs conclusions et développé leurs moyens lors de la débattue ultérieure.

**Motifs:** Abstraction faite du régime transitoire de l'article 102 alinéa 2 LAMal, qui n'est pas en cause ici, les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sont soumises au droit privé, soit à la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA), en vertu de l'article 12 alinéa 3 LAMal. Le Canton de Vaud a confié leur contentieux au Tribunal des assurances (décret du Grand Conseil du 20 mai 1996 [RALV 1996 p. 119; FAO 1996 p. 1956]). S'agissant désormais d'un contentieux de droit privé, et non plus de droit administratif, la procédure applicable n'est plus celle du recours, mais celle de l'action (art. 47 LSA; ATF 124 III 44, JT 1998 I 377, RAMA 1998, KV 35 p. 290; ATF 123 V 324, c. 3a, RAMA 1998, KV 22 p. 49; Spira, Le nouveau régime de l'assurance complémentaire, Revue suisse d'assurances [RSA] 1995, pp. 192 ss, spéc. ch. 5, p. 198; du même auteur, Le contentieux de la nouvelle assurance-maladie, Sécurité sociale 1995, pp. 256 ss, spéc. p. 258; Viret, Assurances-maladie complémentaires et loi sur le contrat d'assurance, dans: Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, éd. IRAL, Lausanne 1997, pp. 669 s., spéc. pp. 685-687; Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, Bâle 1996, pp. 135 ss; Ritter, Questions relatives aux assurances complémentaires à la LAMal, RSA 1995, pp. 209 ss, spéc. ch. 2 et 3, pp. 211 ss).

Dans le silence du Décret et par une application analogique de la loi du 2 décembre 1959 sur le Tribunal des assurances (LTA; RSV 2.2), les écritures des parties, ainsi que

leurs conclusions, doivent être considérées comme respectant les exigences de forme fixées par le législateur pour les procédures simples et rapides, dans laquelle le juge établit d'office les faits et apprécie librement les preuves (art. 47 LSA), telles que dégagées par la jurisprudence en matière d'assurances sociales.

La demande est ainsi recevable.

Est litigieuse, à titre principal, la question de la résolution du contrat pour cause de réticence.

Si celui qui devait faire la déclaration a, lors de la conclusion du contrat, omis de déclarer ou a inexactly 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).

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'il lui sont ou doivent être connus lors de la conclusion du contrat. 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. Sont réputés importants les faits au sujet desquels l'assureur a posé par écrit des questions précises, non équivoques (art. 4 al. 1 à 3 LCA).

Pour que l'on puisse parler de réticence, il faut que la personne astreinte à déclarer les risques ait fait par écrit une déclaration inexacte ou incomplète par rapport à un fait important. Mais il ne suffit pas que cette déclaration soit objectivement inexacte ou incomplète l'élément subjectif joue également un rôle essentiel dans la qualification du comportement de la personne en cause, en ce sens qu'elle doit indiquer les faits tels qu'ils lui sont connus ou doivent être connus d'elle. Il est satisfait à cette obligation si elle déclare, outre les faits qu'elle connaît sans autre réflexion, aussi ceux qui ne peuvent lui échapper si elle réfléchit sérieusement aux questions de l'assureur (Viret, Droit des assurances privées, 3e éd., Berne 1991, pp. 101 s.).

La LCA ne précisant pas s'il doit exister un lien de causalité entre le fait caché ou inexactly déclaré et le sinistre, la jurisprudence et la doctrine en déduisent que les conséquences de la réticence interviennent même lorsqu'aucun lien de causalité n'existe entre le fait dissimulé et la survenance du sinistre (Viret, op. cit. p. 102; RBA XIV 15).

Dans le questionnaire du 11 février 1998, le demandeur a déclaré qu'il était en parfaite santé, qu'il n'avait pas été victime d'un accident ces dix dernières années, qu'il avait subi une incapacité de travail de plus de quatre semaines ces cinq dernières années pour une opération au doigt et qu'il ne souffrait et n'avait souffert ces dix dernières années d'aucune affection dorsale ni d'aucun trouble non mentionné expressément.

Or, il ressort du rapport du Dr M. du 9 janvier 1999 que le demandeur a souffert, à plusieurs reprises, de blocages lombaires depuis octobre 1993 et qu'il avait été en arrêt de travail plus de quatre semaines du 12 novembre au 14 décembre 1993. A cet égard, la période du 12 novembre au 14 décembre 1998 mentionnée par ce praticien l'a été par inadvertance, ainsi que cela ressort clairement à l'examen des réponses apportées par le Dr M. aux questions 3, 4 et 5 de la Vaudoise; cet élément est au demeurant non contesté par le demandeur. En outre, le candidat a eu un accident en juin 1993, à la suite duquel des radiographies dorsales ont été effectuées et pour lequel il a également été en arrêt de travail plus de quatre semaines, soit du 22 juin 1993 au 25 juillet 1993. Il ressort également de l'avis de sortie du CHUV du 19 octobre 1998 et du rapport du Dr H. du 26 août 1996, dont la caisse n'a eu connaissance que le 14 janvier 1999, que le demandeur souffrait de dorsolombalgies de longue date. Au regard de ces faits objectifs, peu importe que le médecin traitant du demandeur ait considéré que "( ... ) l'épisode de 1993 était un épisode isolé et sans suite".

Le questionnaire pose des questions précises concernant en particulier les accidents survenus les dix dernières années (1.3), les incapacités de travail de plus de quatre

semaines subies les cinq dernières années (1.9), les maladies dont le proposant souffre ou a souffert les dix dernières années telles les affections dorsales (2.10) et les maladies ou autres troubles non mentionnés expressément au-dessus (2.25). Que les troubles présentés par le demandeur depuis 1993 soient qualifiés de lombalgies, de dorso-lombalgies, de lumbagos ou de maux de dos, ils devaient être annoncés sous le point 2.10, au regard du texte explicite même de la question qui vise à renseigner la caisse le plus complètement possible sur l'état de santé ou les troubles présentés par le proposant. Les affections présentées par le demandeur, à l'examen des documents médicaux et des réponses du Dr M., ne peuvent être qualifiées de dérangements passagers ou anodins que la défenderesse ne saurait reprocher au demandeur d'avoir tus; elles constituent bien plutôt, de même que l'accident de 1993 et les incapacités de travail de 1993, des faits importants, tant au plan objectif que subjectif, tels que précisés par la jurisprudence, que le demandeur se devait de déclarer. En ne déclarant pas ses problèmes de dos dans le questionnaire du 11 février 1998 et en répondant par l'affirmative aux questions 1.3, 2.10 ou 2.25 et de manière complète à la question 1.9, le demandeur a commis une réticence.

Cela étant, le demandeur fait valoir qu'il avait fait état de ses problèmes de dos dans le questionnaire de santé du 21 novembre 1997, et que, la proposition du 11 février 1998 ayant été désignée comme une proposition de modification de police, les réponses données dans le premier questionnaire devaient être incorporées au second.

Le fait d'avoir déjà - à tort ou à raison - rempli un questionnaire de santé lors de la conclusion d'une assurance, antérieure et d'une autre nature, ne libère en aucun cas le proposant, en présence d'un questionnaire dans la proposition de modification, de son obligation de déclarer tous les faits qui sont importants pour l'appréciation du risque, tels qu'ils lui sont ou doivent être connus, conformément au texte sans ambiguïté de l'article 4 LCA. Peu importe à cet égard que la modification vise une augmentation des prestations déjà assurées ou une extension du risque assuré.

En outre, même si la proposition d'assurance du 11 février 1998 est désignée comme proposition de modification de police, elle précise expressément que les réponses aux questions contenues dans la proposition doivent être complètes et véridiques, que, si le proposant a omis de déclarer ou inexactement déclaré un fait important ou devait connaître (réticence), la caisse n'est pas liée par le contrat d'assurance. Vu ce texte clair, le demandeur ne pouvait nullement se croire fondé à ne pas déclarer des faits indiqués dans la première proposition d'assurance.

Au demeurant, il y lieu de relever que le demandeur n'avait de toute façon pas répondu correctement, de manière complète et véridique, à toutes les questions du premier questionnaire. En effet, il avait omis de déclarer qu'il avait été victime d'un accident en 1993 (1.3), qu'il avait été en arrêt de travail pendant quatre semaines à deux reprises en 1993 pour des motifs autres que son opération au doigt (1.9) et qu'il souffrait de lombalgies depuis plusieurs années (2.10, respectivement 2.25).

Au vu de ces éléments, c'est à juste titre que la défenderesse a estimé que le demandeur avait commis une réticence au sens de l'article 6 LCA en remplissant le questionnaire du 11 février 1998.

Le délai pour invoquer la réticence ne commence à courir que lorsque l'assureur reçoit des renseignements dignes de foi sur des faits dont on peut déduire avec certitude qu'une réticence a été commise. L'assureur doit être complètement orienté sur tous les points touchant la réticence et en avoir une connaissance effective; de simples présomptions qui incitent à penser, avec plus ou moins de vraisemblance, qu'une réticence a été commise ne sont pas suffisantes (RBA XIV 14; RBA XVI 9; RBA XIX 16). Si la réticence consiste en une omission de déclarer des affections antérieures et des consultations médicales, l'assureur peut tirer les conclusions qui s'imposent quant à l'importance du fait et l'existence d'une réticence lorsqu'il est renseigné sur la nature, l'intensité et la durée des douleurs ainsi que sur l'époque de leur apparition et lorsqu'il sait quelles mesures médicales ont été prises et quant elles l'ont été (RBA XVIII 4). Le délai de 4 semaines

court dès le moment où l'assureur a eu connaissance de la réticence, et non du moment où il aurait dû en avoir connaissance s'il avait fait preuve de la diligence nécessaire (RBA VII 45; RBA XIX 16).

Dans son rapport du 31 octobre 1998, le Docteur M. a indiqué que le demandeur souffrait d'une volumineuse hernie discale et que ses plaintes remontaient au 26 juin 1998, ce praticien ajoutant à cet égard ce qui suit:

"(auparavant: lumbagos simples, sciatalgies D en 1985, sans sciatique)". En outre, le Dr M. a indiqué qu'il ne s'agissait pas d'une récurrence. A la question de savoir si des examens avaient été pratiqués ou un traitement dispensé auparavant pour la même maladie (respectivement pour un épisode antérieur par lui-même ou par un confrère) il a répondu ce qui suit: "Jamais pour une vraie sciatique, puisque c'est le 1er épisode. Mais comme déjà dit, j'ai traité de temps en temps ce patient, qui est un travailleur de force (serrurier) pour des lombalgies et, une fois, lombosciatalgies D (1985). En 1993, une Rx lombaire avait montré une colonne aux disques intacts".

De telles précisions ne permettaient à la défenderesse que de présumer l'existence d'une réticence. Elles étaient insuffisantes pour l'autoriser à en déduire avec certitude qu'une telle réticence avait été commise. En effet, le rapport ne la renseignait notamment pas sur les raisons pour lesquelles une radiographie avait été effectuée en 1993, le diagnostic de l'affection, le traitement s'y rapportant et les incapacités de travail en découlant. Au regard des précisions succinctes, voire vagues, apportées par le Dr M. le 31 octobre 1998, l'affection pouvait tout aussi bien, en définitive, ne pas constituer un fait important au plan objectif et subjectif.

Le rapport complémentaire établi, par le Docteur M. le 9 janvier 1999, ainsi que les documents médicaux du CHUV et du Dr H., reçus le 14 janvier 1999, ont en revanche permis à la défenderesse d'être dûment renseignée sur les éléments constitutifs de la réticence. En informant le demandeur, par lettre du 26 janvier 1999, qu'elle annulait le contrat "assurance complémentaire IJ", la défenderesse s'est départie du contrat dans les quatre semaines dès la connaissance de la réticence.

Ainsi, le contrat ayant été résolu, la défenderesse s'est départie du contrat suivant l'article 6 LCA.

Cette dénonciation déploie un effet ex tunc. Ainsi, le demandeur n'avait pas droit aux prestations et ne saurait y prétendre.

Les autres questions litigieuses ou "conclusions soumises" au tribunal, soit le droit de conserver les primes versées et le droit d'exiger le remboursement des indemnités journalières allouées du 25 septembre au 31 décembre 1998, pour un montant total de 2'254 fr., sont formulées sous la forme de conclusions en constatation, tant par le demandeur que par la défenderesse.

L'article 47 alinéa 2 LSA prévoit une procédure simple et rapide, dans laquelle le juge instruit d'office les faits et apprécie librement les preuves. Les litiges du droit du travail dont la valeur litigieuse ne dépasse pas 20'000 fr. (art. 343 al. 2 et 4 CO), ainsi que de baux d'habitation et de locaux commerciaux (art. 274 d CO) connaissent les mêmes règles (Ritter, op. cit., p. 213, n. 39 et 40).

Les conclusions reconventionnelles de la défenderesse sont en constatation de droit. Elles ne sont recevables en principe que si le demandeur a un intérêt de fait ou de droit digne de protection à la constatation immédiate de son droit. Cet intérêt fait en principe défaut lorsque le demandeur dispose d'une action condamnatoire (ATF 114 II 253, JT 1989 I 333). A première vue, les conclusions reconventionnelles en constatation devraient être écartées, faute d'avoir été formulés sous la forme condamnatoire.

Toutefois, il y a lieu de constater que la défenderesse a été attirée au procès par le demandeur, lequel concluait au versement d'indemnités journalières. En outre, le tribunal tranche par la négative la question du droit du demandeur aux prestations ci-dessus, vu sa réticence. Or, la conclusion reconventionnelle portant sur le droit de la défenderesse à garder les primes versées et d'exiger le remboursement de primes postérieures est étroitement liée au sort de la conclusion principale, précisément du fait de la réticence. Il y

a ainsi connexité au sens déduit de l'article 272 alinéa 1er CPC, par analogie. Dès lors, la défenderesse a un intérêt de fait digne de protection à ce que ces questions soient tranchées dans la présente procédure. Les conclusions en constatation apparaissent ainsi recevables au plan matériel.

Dans l'esprit d'un contentieux simple et rapide, et vu le silence du législateur cantonal sur la procédure applicable devant le tribunal de céans pour le contentieux spécifique des assurances complémentaires à la LAMal, le Tribunal des assurances a décidé de ne pas s'attacher excessivement à la formulation employée par les parties, souvent non représentées, dans leurs conclusions. Pour autant que l'on reconnaisse, comme en l'espèce, que la partie a un intérêt de fait ou de droit digne de protection à ce que la question litigieuse soit tranchée immédiatement, il doit être admis que, là où elle a conclu en constatation alors même qu'une conclusion en condamnation eût été possible, on peut trancher sous la forme condamnatoire, et non constatatoire.

En cas de résiliation du contrat pour cause de réticence, l'assureur conserve son droit à la prime pour la période d'assurance en cours au moment de la résiliation (art. 25 al. 1er, principio, LCA).

Lorsque l'assureur n'est pas lié par le contrat à cause d'une réticence, il peut répéter ce qu'il a payé, conformément aux dispositions de l'article 62 CO, et le preneur ne peut compenser sa dette avec les primes déjà payées, ni avec celles de la période en cours (RBA VII 48; RBA XIV 16; RBA XVI 7; Viret, op. cit., p. 104).

La réticence du demandeur étant avérée, la défenderesse est en droit de garder les primes pour la période d'assurance en cours au moment de la résiliation et le demandeur doit rembourser les indemnités journalières versées. Aucun intérêt n'est au surplus requis.

Par ces motifs,  
le Tribunal des assurances

p r o n o n c e :

I. Les conclusions du demandeur J. P. sont rejetées.

II. Le demandeur est débiteur de la défenderesse la Caisse Vaudoise de la somme de 2'254 fr. (deux mille deux cent cinquante-quatre francs), valeur échue.

III. Toutes autres ou plus amples conclusions sont rejetées.

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;

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;

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).