



RÉPUBLIQUE ET CANTON DU JURA
TRIBUNAL CANTONAL
Chambre des assurances

Amal 67 / 00

Président a.h. : Gérard Piquerez
Juges : Pierre Broglin et Pierre Boinay
Greffière : Sylviane Liniger Odiet

ARRET DU 22 FEVRIER 2001

en la cause liée entre

X

- représenté par **Me Hubert Theurillat**, avocat à Porrentruy,

demandeur,

et

la Caisse Y

- représentée par **Me Claude Brügger**, avocat à Delémont,

défenderesse.

CONSIDERANT

En fait :

A. Le 3 décembre 1997, X a signé une proposition d'assurances auprès de la Caisse Y, en vue d'être couvert, à partir du 1^{er} janvier 1998, pour l'assurance obligatoire des soins (branche AH), l'assurance complémentaire pour risques spéciaux (branche RS3), l'assurance complémentaire d'hospitalisation en division demi-privé (branche HC2) et l'assurance d'une indemnité journalière pour perte de gain (branche IJ).

X a également répondu aux questions qui lui étaient posées dans le formulaire « déclaration concernant l'état de santé de la personne à assurer ».

A la question « souffrez-vous ou avez-vous souffert durant ces 10 dernières années des maladies suivantes ? ch. 2.10 affections dorsales, de la colonne vertébrale, hernie discale, sciatique, etc. », le demandeur a répondu non.

B. Sur la base des indications fournies par le demandeur, il a été admis sans réserve pour la couverture sollicitée à partir du 1^{er} janvier 1998.

Le 13 août 1998, la Caisse Y a reçu un certificat médical de l'Hôpital régional de Porrentruy (HRP) pour une hospitalisation de l'assuré en division demi-privé dès le 30 juillet 1998.

Interpellé par la caisse, le Dr B a indiqué que X avait été hospitalisé pour des lombo-sciatalgies droites, qu'il n'y avait pas eu d'intervention chirurgicale, que l'évènement initial était un accident du 30 juillet 1998 et qu'il avait traité le prénommé à son cabinet en 1992 en raison de lombalgies imputables à une discopathie lombaire.

C. Par lettre recommandée du 15 octobre 1998, la Caisse Y a informé X qu'elle avait décidé d'exclure de son contrat les assurances complémentaires RS3, HC2 et II, avec effet rétroactif à l'admission, à savoir au 1^{er} janvier 1998.

X a contesté l'annulation de ses assurances complémentaires par lettre du 19 octobre 1998, du fait que son hospitalisation résultait d'un accident et n'avait aucun rapport avec un antécédent maladie.

Le 29 octobre 1998, l'assurance a confirmé l'exclusion des assurances complémentaires au motif que l'assuré n'avait pas déclaré ses problèmes dorsaux dans le questionnaire de santé du 3 décembre 1999 et qu'il avait donc commis une réticence au sens de la LCA.

D. Par lettre recommandée du 2 novembre 1998, X a demandé à la Caisse Y de revenir sur sa décision du fait que son hospitalisation du 30 juillet au 5 août 1998 découlait d'un accident, qu'il avait rempli la proposition d'assurance avec l'aide de M

et qu'il lui avait signalé avoir été traité pour un mal de dos, mais que ce traitement remontait probablement à 1994.

Par lettre du 17 novembre 1998, le Dr B a précisé à l'assurance que X avait été admis à l'HRP le 30 juillet 1998 en raison d'un accident, que le traitement consécutif à cet accident ne pouvait être mis en rapport avec les affections rachidiennes antérieures dont avait souffert le patient et qu'en ce qui concernait ces affections, le dernier traitement datait de 1993.

Dans un courrier du 5 février 1999, M a répondu à la Caisse Y qu'il avait toujours établi ses propositions d'assurance avec le plus de précisions possibles en posant personnellement toutes les questions relatives à l'état de santé et que, durant son entretien avec l'assuré, celui-ci avait relativisé son mal de dos en l'assimilant à une fatigue passagère due à ses nombreuses heures de conduite, mais en aucun cas à une maladie quelconque.

E. Le 21 mars 2000, X a ouvert action contre la Caisse Y auprès de la Chambre administrative du Tribunal cantonal, concluant à ce qu'il soit dit et déclaré que le demandeur est lié par le contrat d'assurances complémentaires qu'il a conclu avec la défenderesse en date du 3 décembre 1997 et à ce que la décision de la défenderesse du 15 octobre 1998 soit annulée, sous suite des frais et dépens.

A l'appui de son action, le demandeur allègue que son hospitalisation à l'HRP était due à un accident et non à une rechute suite à son affection dorsale, qui a été définitivement soignée en 1992. Il se réfère à cet effet aux rapports du Dr B des 17 novembre 1998 et 21 décembre 1998. Ainsi, le fait retenu par l'assurance pour provoquer l'exclusion du demandeur aurait cessé en 1992, soit 6 ans avant la survenance de son hospitalisation, ce qui justifie le maintien du contrat d'assurances complémentaires conformément à l'article 8 ch. 1 LCA.

Par ailleurs, le demandeur pose en fait que son affection dorsale antérieure à l'accident survenu en 1998 a été dûment signalée à M, agent de la défenderesse, lors de la signature de la proposition d'assurance du 3 décembre 1997, ce dernier n'ayant pas estimé nécessaire de l'indiquer dans la formule de proposition d'assurances. La réponse négative donnée par l'assuré sous ch. 2.10. s'explique ainsi par le fait que l'affection dorsale avait cessé depuis 1992. Par conséquent, le demandeur n'a commis aucune réticence.

F. Dans sa réponse du 12 avril 2000, la Caisse Y a conclu au rejet de la demande et à ce qu'il soit constaté qu'elle était fondée à annuler les assurances complémentaires RS3, HC2 et IJ souscrites par X, rétroactivement à la date de leur entrée en vigueur au 1^{er} janvier 1998.

Elle fait notamment valoir qu'au cas particulier le demandeur a déclaré dans le questionnaire de santé figurant dans sa proposition d'assurance du 3 décembre 1997, qu'il ne souffrait ni n'avait souffert, durant ces dix dernières années, d'aucune des maladies mentionnées dans le questionnaire, en particulier d'affections dorsales, de la colonne vertébrale, hernie discale, sciatique, etc.

Or, il ressort des rapports du Dr B des 23 septembre et 17 novembre 1998 que ce praticien a traité le demandeur en 1992 et 1993 en raison de lombalgies imputables à une discopathie lombaire. Il n'est pas contesté que ces faits étaient connus du demandeur lors de la signature de la proposition d'assurance. De plus, il ne fait aucun doute, selon l'assurance, que les problèmes de dos dont a souffert le demandeur constituaient un fait important de nature à influencer sur sa détermination de conclure le contrat ou de le conclure aux conditions convenues. Le questionnaire de santé figurant dans la proposition d'assurance pose d'ailleurs une question précise concernant les affections dorsales dont le proposant souffre ou a souffert les dix dernières années (question : 10). En outre, le formulaire de proposition d'assurance attire clairement l'attention du proposant sur les conséquences d'une réticence.

Dans ces conditions, conformément à l'article 4 LCA, le demandeur aurait dû déclarer ses problèmes de dos dans la proposition d'assurance du 3 décembre 1997 en répondant par l'affirmative à la question 2.10 du questionnaire de santé.

Enfin, c'est à tort que le demandeur invoque la responsabilité de son agent M qui n'aurait pas rempli correctement le questionnaire de santé. De l'avis de l'agent de la défenderesse, le demandeur a relativisé son mal de dos en l'assimilant à une fatigue passagère due à ses nombreuses heures de conduite, mais en aucun cas à une maladie quelconque. En tout état de cause, en signant une proposition d'assurance qui contient des réponses inscrites par l'agent, le proposant en assume en principe la responsabilité.

C'est donc à juste titre que la défenderesse a considéré que le demandeur avait commis une réticence au sens de l'article 6 LCA en remplissant sa proposition d'assurance du 3 décembre 1997 de manière contraire à la réalité.

G. La Chambre des assurances a procédé à l'audition du recourant et de son épouse et à celle de M . On reviendra ci-après en tant que besoin sur les déclarations de ces personnes.

En droit :

1. Conformément à l'article 12 al. 3 LAMal, les assurances complémentaires sont régies par la loi sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA).

La Chambre des assurances du Tribunal cantonal est compétente pour connaître des litiges liés aux assurances complémentaires (art. 28 LiLAMal).

2.a) Selon l'article 6 LCA, si celui qui devait faire la déclaration a, lors de la conclusion du contrat, omis de déclarer ou 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.

L'article 4 al. 2 LCA déclare important tous les faits de nature à influencer sur la décision de l'assureur de conclure le contrat ou de le conclure aux conditions convenues. Selon l'alinéa 3, sont réputés importants les faits au sujet desquels l'assureur a posé par écrit des questions précises, non équivoques.

Ainsi, 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. Les faits importants en question sont tous les éléments qui doivent être pris en considération lors de l'appréciation du risque et qui peuvent éclairer l'assureur sur l'étendue du risque à courir, soit tous les faits de nature à influencer sur la détermination de l'assureur de conclure le contrat ou de le conclure aux conditions convenues (ATF 118 II 333) ; il ne s'agit donc pas seulement des facteurs du risque, mais aussi des circonstances qui permettent de conclure à l'existence de facteurs de risques. Si, lors de la conclusion du contrat, le proposant a déclaré inexactly ou omis de déclarer un fait important pour l'appréciation du risque qu'il devait connaître et au sujet duquel il avait été interrogé expressément et de façon non

équivoque, l'assureur est en droit, selon l'article 6 LCA, de se départir du contrat (ATF 116 II 339 et les références citées).

Dans le cas d'espèce, les faits pour lesquels le demandeur a répondu (question 2.10) sont importants pour l'appréciation du risque, puisque la défenderesse a notamment posé la question : « souffrez-vous ou avez-vous souffert durant ces dix dernières années des maladies suivantes ? affections dorsales, de la colonne vertébrale, hernie discale, sciatique, etc. ».

b) 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, ceux aussi qui ne peuvent lui échapper si elle réfléchit sérieusement aux questions de l'assureur (Viret, Droit des assurances privées, 3^{ème} éd., p. 102 ; Kuhn, Droit des assurances privées, 1994, p. 147 ; RJJ 1994, p. 360). Selon la jurisprudence (ATF 118 II 333, cons. 2b et 116 II 340, 341, cons. 1c), il résulte clairement du texte 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, selon le Tribunal fédéral, c'est de juger si et dans quelle mesure le proposant pouvait donner de bonne foi 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 les 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.

c) Le preneur d'assurance est en principe seul responsable des déclarations qu'il a faites dans le questionnaire destiné à l'assurance. Lorsque les questions posées sont claires, il ne peut opposer ses déclarations inexactes à l'assurance en prétendant qu'elles lui ont été suggérées par un agent (TC St-Gall, du 18 février 1993, confirmé par le TF le 4 novembre 1993, in : JT 1994 I 750). On ne pourrait envisager d'imputer le comportement d'un agent acquiescent à l'assureur que dans la mesure où l'agent a donné au proposant des explications ou des renseignements au sujet de questions peu claires ou ambiguës (TF J c/ H , du 26 janvier 1979 in : RBA XIV, no 65). Si des déclarations incomplètes ont été occasionnées par l'assureur (respectivement par son agent), ou si celui-ci connaissait ou pouvait connaître l'inexactitude des déclarations de son co-contractant, le contrat ne pourra pas être résilié (TF du 18 février 1993 précité, in : JT 1994 I 750). L'assureur n'a provoqué la réticence que lorsque le preneur est en mesure de prouver qu'il a déclaré exactement le fait important pour l'appréciation du risque à l'agent qui rédigeait les réponses et qu'il s'est abstenu d'une vérification pour de justes motifs, par exemple parce qu'il connaissait mal la langue (Obergericht Schaffhouse, du 7 mars 1992, in : RBA XIX, no 15, arrêt confirmé par le TF le 24 novembre 1992).

Le preneur d'assurance qui signe la proposition contenant les réponses inscrites par l'agent est responsable de ces réponses. Elles lui sont tout particulièrement opposables lorsque l'en-tête de la proposition comporte une clause à laquelle il souscrit en apposant sa signature et selon laquelle « les signataires restent entièrement responsables même si l'agent ou une tierce personne remplit le questionnaire à leur place » (RBA XVII, no 12). En l'espèce, la déclaration concernant l'état de santé de la personne à assurer précise en en-tête expressément que « le proposant est responsable de donner des réponses complètes et

véridiques aux questions contenues ci-après, même si un collaborateur de la Caisse Y ou une autre personne inscrit les réponses au nom du signataire ».

Le demandeur allègue avoir indiqué à l'agent de la défenderesse qu'il avait des problèmes de dos. Dès lors, de ce seul fait, « l'on doit donc admettre très clairement que M. X a annoncé à M , respectivement à l'assurance, sa problématique de dos. Il appartenait à M , qui intervenait en tant qu'agent, de le mentionner sur la proposition d'assurance. Ne le faisant pas, il a provoqué la réticence que la défenderesse invoque, fait qui est opposable à la défenderesse ».

Cette manière de voir ne saurait être protégée.

En effet, selon l'agent M (cf. PJ 27), « durant mon entretien avec X ; celui-ci a relativisé son mal de dos en l'assimilant à une fatigue passagère due à ses nombreuses heures de conduite mais en aucun cas à une maladie quelconque ». A l'audience, entendu en qualité de témoin, l'agent M a confirmé qu'il se rappelait avoir « parlé de fatigue due à sa manière de conduire. Ca n'a pas été de manière très appuyée, car sinon je l'aurais mentionné. Il m'a parlé de fatigue au sujet de conduite assez régulière, de trajets qu'il faisait. Ce n'est pas une certitude, mais c'est de mémoire ».

Il n'est donc nullement établi que l'agent de la défenderesse ait incité le demandeur à ne pas remplir entièrement le formulaire avec ce qui avait été annoncé oralement. En tout état de cause, la preuve d'un comportement incorrect de l'agent de la défenderesse n'est pas rapportée. Au contraire, le demandeur a reconnu avoir « signé le formulaire sans vérifier l'état exact des données. Je ne sais même pas s'il avait rempli entièrement le questionnaire. Il était pressé, un Monsieur l'attendait dehors. De mon côté, j'aurais répondu oui. J'ai dit que j'avais été en traitement en 1994, alors que c'était en 1992 » (P-V audience du 19 juin 2000, p. 2).

Il convient ainsi de constater que le demandeur n'a pas rapporté la preuve qui lui incombait. Au contraire, il semble établi que c'est lui qui a minimisé ses problèmes de dos et que c'est en toute connaissance de cause qu'il a été répondu aux questions écrites de la défenderesse.

d) Il faut dès lors examiner si le demandeur, en remplissant le questionnaire, a commis une réticence.

Force est d'admettre qu'il n'a pas répondu correctement aux questions posées par l'assureur dans la proposition. En effet, en répondant négativement à la question de savoir s'il avait souffert durant ces dix dernières années d'affections dorsales, de la colonne vertébrale,

de hernie discale, de sciatique, etc., le demandeur a répondu de manière inexacte à la question. De l'avis même de son médecin traitant (lettre du 2 juin 1999 du Dr B à Winterthur-ARAG, PJ 18), les troubles dorsaux dont était affecté le demandeur ont conduit à la prise de radiographies qui ont été commentées devant le malade après avoir été effectuées. Les commentaires faits à cette occasion ont bien évidemment porté, de l'avis du praticien, sur les lésions dégénératives minimales démontrées par ces radiographies ... « L'on peut donc retenir que les informations données à X lui faisaient comprendre qu'il présentait dans son rachis des altérations dégénératives minimales tout à fait compatibles avec celles qui peuvent se produire à son âge ... Dans le cas de X, la présence d'une discopathie ne consiste de loin pas la seule cause à ses douleurs ».

Il convient d'ajouter que dans sa lettre du 21 décembre 1998 adressée au Dr J (PJ 15), le Dr B a clairement précisé que « X est un patient aux antécédents de lombalgies chroniques pour lesquelles il a suivi un traitement médical de 1990 à 1992 et à la suite duquel il s'est bien remis et a pu travailler normalement jusqu'à la date de son accident en 1998. »

Au surplus pour ses affections dorsales, le recourant a déclaré qu'« en 1990, il y a eu tout un traitement : des examens radiologiques, de la physio. J'ai pris des médicaments anti-douleurs et anti-inflammatoires. Cela a duré un certain temps en 1992. J'en prenais chaque jour » (PV de l'audience du 19 juin 2000).

Même si le demandeur pouvait se considérer comme guéri de ses affections antérieures (de nature malade ou accidentelle), il n'en demeure pas moins qu'il est établi qu'il a répondu faussement à la question 2.10 posée par la défenderesse et qu'il ne pouvait pas donner, de bonne foi, une réponse négative à cette question, compte tenu du traitement subi.

Il s'agit là d'un fait de nature à influencer sur la détermination de l'assureur de conclure le contrat, donc d'un fait important. Par ailleurs, il ne fait aucun doute que les questions posées par la défenderesse étaient précises et sans équivoque. Enfin, le demandeur qui a occupé pendant plusieurs années le poste de gérant d'une caisse maladie connaissait, mieux que quiconque, ses obligations, concernant l'établissement des questionnaires de santé, par un assuré, ainsi que les conséquences d'une réticence.

Il est ainsi établi que le demandeur a violé ses obligations légales et contractuelles, de telle sorte que la défenderesse est, en principe, en droit de se prévaloir de l'article 6 LCA.

e) A l'appui de son argumentation le demandeur fait enfin valoir que son hospitalisation à l'HRP était due à un accident et non à une rechute suite à son affection dorsale, qui a été définitivement soignée, selon lui, en 1992. Par conséquent, il n'existe aucun lien de causalité naturelle entre l'accident survenu en 1998 et l'affection dorsale, ce qui ne permet pas de lui imputer une réticence.

Cet élément n'est pas déterminant.

Les conséquences de la réticence interviennent en effet même lorsqu'un lien de causalité n'existe pas entre le fait dissimulé et la survenance du sinistre (TF Z c/ T du 15 octobre 1981 in : RBA XIV, no 16 et TF S c/ P: du 23 mars 1981, in : RBA XIV, no 15 ; Viret, op. cit.).

Il suit ainsi de ce qui précède que la défenderesse était fondée, compte tenu des circonstances d'espèce, à annuler les assurances complémentaires RS3, HC2 et IJ souscrites par le demandeur, rétroactivement à la date de leur entrée en vigueur au 1^{er} janvier 1998, conformément à l'article 6 LCA.

3. Le demandeur doit être ainsi débouté de ses conclusions.

La procédure est gratuite (art. 28 al. 2 LiLAMal).

Le demandeur qui succombe doit être condamné aux dépens de la défenderesse (art. 224 et 230 al. 2 Cpa).

PAR CES MOTIFS

LA CHAMBRE DES ASSURANCES

déboute

le demandeur de ses conclusions ;

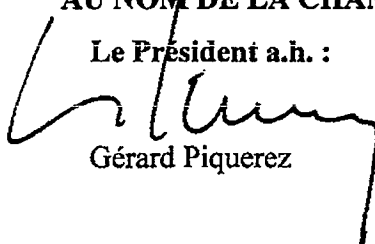
condamne

le demandeur aux dépens de la défenderesse taxés à Fr 2'500.-, TVA comprise ;

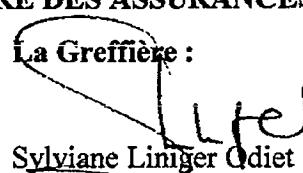
informe

les parties qu'un recours en réforme peut être adressé à la Chambre administrative, à l'attention du Tribunal fédéral, dans les 30 jours dès la réception du présent jugement, conformément aux articles 54 et 55 OJ; l'acte de recours doit en particulier indiquer exactement les points attaqués de la décision et les modifications demandées, de même que les motifs à l'appui des conclusions.

Porrentruy, le 22 février 2001 GP/fn

AU NOM DE LA CHAMBRE DES ASSURANCES**Le Président a.h. :**

Gérard Piquerez

La Greffière :

Sylviane Liniger Odiet

A notifier aux parties par leur mandataire respectif et à l'Office fédéral des assurances privées, à Berne.