

TRIBUNAL DE MONTHEY

CANTON DU VALAIS

C1 99 151

JUGEMENT DU 12 MARS 2001

RENDU PAR

LE JUGE II DU DISTRICT DE MONTHEY

M. Claude Vuadens, assisté de Mlle Sandra De Amicis, greffière ad hoc,  
siégeant au Tribunal de Monthey

EN LA CAUSE CIVILE PENDANTE ENTRE

X , demandeur, représenté par Me Aba  
Neeman, avocat à Monthey,

ET

La Caisse Y , à Lausanne, défenderesse.

(réticence; art. 6 LCA)

PROCEDURE

A.- Le 22 décembre 1999, X a déposé un mémoire-demande à l'encontre de "La Caisse Y " au terme duquel il a conclu à la constatation qu'il n'y avait pas eu réticence de sa part lors de la signature de la proposition d'assurance du 27 mars 1997, et à la condamnation de "La Caisse Y " à lui verser un montant de 11390 fr. correspondant aux prestations contractuelles (indemnités journalières) dues suite à une incapacité de travail du 2 décembre 1997 au 9 mars 1998, les frais de procédure et de jugement devant être mis à la charge de la partie adverse.

B.- Au terme de son mémoire-réponse du 23 février 2000, la défenderesse a conclu au rejet de la demande, aucun dépens ne devant être alloué au demandeur.

C.- Lors du débat préliminaire du 29 mars 2000, le demandeur a déposé un mémoire-réplique et a conclu au maintien des conclusions prises dans le mémoire-demande. Après que la défenderesse se soit déterminée sur les faits nouveaux allégués par le demandeur, les parties ont requis, outre l'interrogatoire de X , l'audition de témoins, ainsi qu'une expertise tendant à déterminer la légèreté ou la gravité de la chute du 18 mars 1997. La valeur litigieuse a été arrêtée à 11390 francs.

E.- Le 26 septembre 2000, le Dr B a déposé un rapport d'expertise qui a été complété le 14 novembre 2000.

D.- En application de l'art. 307 CPC, un délai échéant le 20 février 2001 a été fixé aux parties pour déposer leur mémoire-conclusions.

A la fin de son mémoire-conclusions du 20 février 2001, le demandeur a pris les conclusions suivantes :

1. La demande est admise.
2. En conséquence, il est constaté qu'il n'y a pas eu de réticence de la part de Monsieur X lors de la signature de la proposition d'assurance du 27 mars 1997.
3. La Caisse Y paiera à Monsieur X les prestations contractuelles découlant des suites du cas de maladie du 2 décembre 1997 au 9 mars 1998, à savoir fr. 11390.--.
4. Une juste indemnité est allouée pour les dépens.

Au terme de son mémoire-conclusions du 13 février 2001, la défenderesse a conclu comme suit :

1. La demande déposée par X est écartée.
2. La Caisse Y était fondée à annuler les assurances complémentaire RS3, HC1 et IJ souscrites par X rétroactivement à la date de leur entrée en vigueur au 1er juillet 1997.
3. La Caisse Y n'est pas tenue de verser à X la somme de Fr. 11390.-- ou toute autre prestation relevant des branches complémentaires HC1, RS3 ou IJ.
4. Il n'est pas alloué de dépens au demandeur.

SUR QUOI LE JUGE  
statuant en faits et considérant en droit

1.- Le 18 mars 1997, X a fait une chute dans un talus herbeux qui a été qualifiée d'"accident banal" par le Dr B dans son rapport d'expertise du 26 septembre 2000. Sur le moment, X a ressenti quelques douleurs à la hanche et au genou gauches, mais il ne s'en est pas inquiété, continuant même son travail.

En date du 27 mars 1997, il a souscrit une proposition d'assurance auprès de "La Caisse Y" en relation avec une assurance complémentaire pour "Risques spéciaux" (RS3), une assurance complémentaire d'hospitalisation (HC) et une assurance d'indemnité journalière perte de gain (IJ), dont le délai d'attente était de 30 jours et le montant assuré de 170 francs, ces assurances devant déployer leurs effets dès le 1er juillet 1997.

Aux questions "Existe-t-il des suites d'une maladie, d'une infirmité ou d'un accident?" et "Avez-vous subi une incapacité de travail de plus de 4 semaines ces 5 dernières années?" (chiffres 1.8 et 1.9 du questionnaire "Etat de santé"), X a répondu par la négative.

Etant toujours incommodé par des douleurs à la hanche et au genou gauches, X a consulté le Dr F le 1er avril 1997. Ce dernier a constaté des contusions simples et a prescrit des anti-inflammatoires, ainsi qu'un arrêt de travail du 1er au 6 avril 1997. Selon ses dires, X n'aurait pas tenu compte de cette injonction et aurait continué son travail. Cependant, le décompte de salaire au 11 juin 1997 émanant de "A" (pièce n° 20) mentionne une incapacité de travail à 100 % du 1er au 6 avril 1997. Par conséquent, au vu de cet élément, le juge de céans retient que X a effectivement subi un arrêt de travail du 1er au 6 avril 1997.

Sur la base des indications fournies par le proposant, "La Caisse Y " a accepté la proposition d'assurance avec effet au 1er juillet 1997.

Du 2 décembre 1997 au 9 mars 1998, X a été en incapacité de travail à 100 % pour cause de maladie (pièce n° 5). Il a été traité par le Dr P à Sierre qui a confirmé, dans un courrier daté du 13 novembre 1998, que cette maladie n'avait aucun rapport avec le problème au genou de mars 1997 (pièce n° 6). Le 17 février 1998, Patricio X a adressé à "La Caisse Y " une déclaration d'incapacité de travail (pièce n° 10).

Interpellé par "La Caisse Y ", le Dr F a précisé, dans une correspondance du 24 mars 1998 adressée au médecin-conseil de l'assurance, qu'il avait reçu X en consultation, le 1er avril 1997, suite à un accident survenu le 18 mars 1997 (pièce n° 9).

Par lettre recommandée du 24 avril 1998 (pièce n° 8), "La Caisse Y " a informé X qu'elle estimait qu'il y avait eu réticence de sa part, au sens de la LCA, lorsqu'il avait rempli le questionnaire "Etat de santé" annexé à la proposition d'assurance du 27 mars 1997, l'accident du 18 mars 1997 n'ayant pas été signalé, et que par conséquent, les assurances complémentaires contractées étaient annulées et aucune prestation n'était due à ce titre.

Dans son expertise du 26 septembre 2000, le Dr B a précisé : "le patient présente une mobilité parfaite de son genou, une excellente stabilité, pas de douleurs à la mobilisation, la marche se fait sans boiterie et de façon normale, peut s'accroupir et se relever sans gêne, le genou est sec et stable. On note une cicatrice pararotulienne interne assez fraîche, le patient indique avoir été opéré par le Dr G , en juin 2000, avec une évolution tout à fait favorable sans que le patient puisse dire quel type d'intervention il a subi."

En réponse aux questions complémentaires qui ont suivi son expertise, le Dr B a admis qu'il était dans l'ordre des choses que X n'ait pas immédiatement consulté de médecin et que les douleurs ressenties auraient pu tout à fait se dissiper au bout de quelques jours.

2.- a) Aux termes de l'art. 12. al. 2 et 3 LAMal, les assurances complémentaires sont régies par la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA).

L'art. 4 al. 1 LCA oblige le proposant à 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 connus ou doivent lui 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 (art. 4 al. 2 LCA). Sont réputés importants les faits au sujet desquels l'assureur a posé par écrit des questions précises, non équivoques (art. 4 al. 3 LCA).

Le fait que l'assureur pose une question écrite suffit pour créer la présomption que le fait visé est important. Mais le proposant a la faculté de renverser cette présomption en établissant que, en réalité, il s'agit d'une question portant sur un ou des faits ne jouant pas de rôle pour l'acceptation du risque et que l'assureur aurait conclu le contrat aux mêmes conditions s'il avait connu les faits non déclarés ou inexactement déclarés (Viret, Droit des assurances privées, 2ème édition 1985, p. 96 et les réf. citées; RBA XIV n° 16). Doctrine et jurisprudence exigent à cet égard une preuve stricte. Ces exigences paraissent cependant exorbitantes : elles rendent la preuve libératoire pratiquement impossible. L'assuré doit en effet prouver un fait qui est personnel à l'assureur et qui plus est, un fait interne : la volonté. De plus, l'assuré doit prouver un fait négatif puisqu'il doit démontrer que sa déclaration incomplète "n'a en réalité pas exercé d'influence sur la volonté de l'assureur" de conclure le contrat. Or, lorsque la preuve

porte sur des faits négatifs, l'application de l'art. 8 CC est tempérée, selon les règles de la bonne foi, par l'obligation imposée à la partie adverse de contribuer à éclaircir la situation de fait en apportant la preuve du contraire, l'échec de cette preuve pouvant constituer un indice de l'inexistence du fait (RBA XV n° 12).

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).

La réticence n'existe que par rapport à un fait important pour l'appréciation du risque au sens de l'art. 4 LCA : ce fait doit être tel que, si l'assureur en avait eu connaissance, ou en avait connu la nature exacte, sa détermination de conclure l'assurance aurait pu être différente (Viret, op. cit., p. 98). Le fait que le proposant ait eu ou non un comportement fautif en remplissant le questionnaire de santé ne joue aucun rôle. Seule importe la question de savoir si le proposant pouvait donner de bonne foi une réponse à une question de l'assureur selon la connaissance qu'il avait de la situation et les renseignements fournis par des tiers qualifiés (ATF 109 II 62).

Selon la jurisprudence, il résulte clairement du texte des art. 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. Ce qui est décisif, 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. Il faut certes admettre avec la plus grande retenue l'existence d'une réticence. Cette retenue s'impose déjà du fait de la rigueur de la loi, qui prévoit la résolution du contrat, non son adaptation. Mais la violation du devoir

concernant les déclarations obligatoires s'apprécie sans égard à une éventuelle faute du preneur (Carron, La loi fédérale sur le contrat d'assurance, 1997, n. 32; ATF 118 II 333).

L'art. 6 LCA se réfère aux déclarations faites lors de la conclusion du contrat. La période pendant laquelle une réticence peut être commise s'étend jusqu'au moment de la conclusion, autrement dit jusqu'à l'acceptation de la proposition par l'assureur. Toute modification des faits constitutifs du risque, survenant entre le moment de la déclaration des risques et l'acceptation de la proposition doit être annoncée à l'assureur, faute de quoi une telle omission doit être qualifiée de réticence (Viret, op. cit., p. 100).

Les conséquences de la réticence interviennent même lorsqu'aucun lien de causalité n'existe entre le fait dissimulé et la survenance du sinistre (Carron, op. cit., n° 42; RBA XIV n° 15).

L'assureur qui entend se prévaloir de la réticence doit le faire dans les quatre semaines à partir du moment où il en a eu connaissance (art. 6 LCA). Agit en temps utile l'assureur qui, lorsqu'il soupçonne une réticence, cherche à obtenir des informations précises et se départ du contrat dès qu'il les a reçues. Le délai de quatre semaines de l'art. 6 LCA ne commence en effet à courir que lorsque l'assureur est complètement orienté sur tous les points touchant la réticence. Ce délai court à dater du jour où l'assureur a eu connaissance de la fausse déclaration et non pas dès celui où il aurait pu en avoir connaissance s'il avait procédé avec la diligence ordinaire (ATF 118 II 333).

b) En l'espèce, le demandeur a conclu une assurance complémentaire pour "Risques spéciaux", une assurance complémentaire d'hospitalisation et une assurance d'indemnité journalière perte de gain auprès de "La Caisse y". Conformément à l'art. 12 al. 3 LAMal, ces assurances sont soumises à la loi fédérale sur le contrat d'assurance.

c) En remplissant le questionnaire "Etat de santé" annexé à la proposition d'assurance du 27 mars 1997, X a répondu par la négative à la question 1.8 dudit questionnaire au sujet de l'éventuelle existence des suites d'une maladie, d'une infirmité ou d'un accident. Il n'a ainsi pas mentionné la chute dont il avait été victime le 18 mars 1997.

Pour qu'il y ait réticence, il faut que l'on se trouve en présence d'un fait important pour l'appréciation du risque au sens de l'art. 4 LCA. En l'occurrence, la chute du 18 mars 1997 a été qualifiée d'"accident banal" par le Dr B dans son rapport d'expertise du 26 septembre 2000. Le demandeur a certes ressenti des douleurs au moment de l'événement, mais il ne s'en est pas inquiété, pensant qu'elles allaient disparaître peu à peu. Répondant aux questions complémentaires suite à son expertise, le Dr B a admis qu'il était dans l'ordre des choses que X n'ait pas immédiatement consulté de médecin et que les douleurs ressenties auraient pu tout à fait se dissiper au bout de quelques jours. En outre, le fait en rapport avec la réticence doit être tel que, si l'assureur en avait eu connaissance, ou en avait connu la nature exacte, sa détermination de conclure l'assurance aurait pu être différente. En l'espèce, au vu du caractère banal de l'accident subi par le demandeur, on ne peut raisonnablement envisager que l'assureur se serait déterminé différemment quant à la conclusion de l'assurance s'il en avait eu connaissance, ce d'autant plus que la preuve du contraire n'a pas été apportée par la défenderesse. Par conséquent, le juge de céans retient que l'on ne se trouve pas en présence d'un fait important au sens de l'art. 4 LCA et qu'il n'y a donc pas eu réticence de la part de X lors de la signature de la proposition d'assurance le 27 mars 1997.

d) Reste à examiner si X n'a pas commis de réticence en ne signalant pas à l'assureur l'incapacité de travail du 1er au 6 avril 1997 prescrite par le Dr F. En effet, la période pendant laquelle une réticence peut être commise s'étend jusqu'au moment de la conclusion, autrement dit jusqu'à

l'acceptation de la proposition par l'assureur. Toute modification des faits constitutifs du risque, survenant entre le moment de la déclaration des risques et l'acceptation de la proposition, doit être annoncée à l'assureur, faute de quoi une telle omission doit être qualifiée de réticence.

En l'occurrence, le demandeur a signé une proposition d'assurance le 27 mars 1997. Le 1er avril suivant, il s'est rendu chez son médecin qui lui a prescrit un arrêt de travail de six jours. La modification des faits constitutifs du risque n'étant pas négligeable, au vu de l'incapacité de travail prescrite par le Dr F , X aurait dû en avertir "La Caisse Y ". Son omission doit être qualifiée de réticence, et cela même s'il n'existe aucun lien de causalité entre le fait dissimulé et la survenance du sinistre (RBA XIV n° 15). L'assureur n'est ainsi pas lié par le contrat conclu avec X et aucune indemnité journalière n'est due pour la perte de gain subie par le demandeur du 2 décembre 1997 au 9 mars 1998.

e) "La Caisse Y " a informé le demandeur de l'existence d'une réticence par lettre recommandée du 24 avril 1998. Le Dr F avait signalé la chute du 18 mars 1997 dans une correspondance du 24 mars 1998 adressée à l'assurance. Par conséquent, la défenderesse n'était orientée sur tous les points touchant la réticence qu'à partir de la lettre du Dr F . En invoquant la réticence par pli recommandé du 24 avril 1998, "La Caisse Y " a respecté le délai de quatre semaines imparti par l'art. 6 LCA.

3.- a) L'art. 2 al. 2 de l'Ordonnance cantonale du 13 mars 1996 désignant les autorités et les procédures en matière d'assurance-maladie renvoie à l'art. 47 LSA qui prévoit à son alinéa 2 que dans les contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal, les parties ne supportent aucun frais de procédure, le juge pouvant mettre à la charge de la partie téméraire tout ou partie de ces frais.


b) En l'espèce, conformément à l'art. 47 al. 2 LSA, aucun frais n'est perçu, ceux d'expertise et de témoins, par 585 fr., étant mis à la charge du fisc. En outre, X supporte ses dépens.

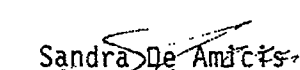
Par ces motifs,

PRONONCE

1. La demande déposée par X est rejetée.
2. Il n'est perçu aucun frais, ceux d'expertise et de témoins, par 585 fr., sont mis à la charge du fisc.
3. X supporte ses dépens.

Ainsi dit à Monthey, le 12 mars 2001

Le Juge II  
  
Claude Vuadens

La Greffière ad hoc  
  
Sandra De Amicis

Notifié sous pli recommandé le 26 mars 2001 à:

- Me Aba Neeman, avocat à Monthey
- La Caisse Vaudoise, à Lausanne

L'atteste : la Greffière ad hoc  
