



TRIBUNAL DES ASSURANCES

Présidence de Mme T H A L M A N N , juge

Membres : M. Donzel et M. Ducommun, assesseurs

Greffier : M. Gilliéron, greffier-substitut

* * * * *

Jugement du 26 mars 2004

dans la cause

X , demanderesse, représentée par l'avocate
Véronique Fontana, audit lieu,

contre

Y assurance maladie et accidents (ci-après : la caisse),
défenderesse.

Art. 6 LCA

En fait:

A. X est assurée auprès de la caisse depuis le 1^{er} avril 2000. Le 11 février 2000, elle a signé une proposition pour son admission aux catégories d'assurance "B " (assurance obligatoire de soins), "C plus" (assurance complémentaire des soins spéciaux élargie) et "O plus" (assurance complémentaire pour l'hospitalisation en division privée ou en clinique, avec limitation du choix de l'établissement, risque accident non inclus); cette affiliation a été acceptée sans réserve par la caisse par courrier du 22 février 2000.

La proposition d'assurance signée le 11 février comprend une question 3 g), libellée "*Souffrez-vous ou avez-vous souffert de maladies des os et des articulations (genou, coude, ligaments, colonne vertébrale, hernie discale, sciatique, lombalgie, arthrite, rhumatismes, etc.)?*", et une question 6, libellée "*Souffrez-vous des séquelles d'un accident?*". L'intéressée a répondu par la négative aux deux questions.

Le 3 mars 2000, l'assurée a annoncé à la caisse qu'elle souhaitait souscrire une assurance pour la médecine naturelle. Dans ce but, elle a complété, le 16 mars 2000, une demande d'inclusion de la catégorie "N " (assurance complémentaire des frais de médecine alternative). L'affiliation a été acceptée par la caisse par courrier du 30 mars 2000, grevée d'une réserve pour migraines.

Le 27 février 2001, le Dr W , médecin traitant de l'assurée, lui a prescrit une cure thermale à Saillon.

Par courrier du 1^{er} mars 2001, la caisse a accepté d'allouer ses prestations pour la cure envisagée au titre de l'assurance obligatoire des soins, soit 10 fr. par jour en plus des frais de traitement relevant du catalogue des prestations de la loi sur l'assurance-maladie (ci-après : LAMal).

Le 7 mars 2001, suite à une demande de renseignements présentée le 1^{er} mars 2001 par le médecin conseil de la caisse, le Dr W a précisé

que l'assurée présentait "depuis 1993, des cervico-brachialgies persistantes après whiplash puis récemment [dès 1999] évolution vers une franche fibromyalgie. A cela s'ajoute actuellement un état anxio-dépressif traité par un psychiatre". Il indique également que le traitement instauré a consisté en "physiothérapie, AINS, cure thermale, traitement psychiatrique" et que les consultations étaient intermittentes depuis le 3 août 1993. Le diagnostic posé est le suivant:

- Fibromyalgie floride
- Status après whiplash (1993) avec cervico-brachialgies C8 gauche et uncodiscarthrose C5-C6-C7
- Etat anxio-dépressif

Le 20 mars 2001, la caisse, invoquant l'article 6 de la loi sur le contrat d'assurance (ci-après : LCA), a informé l'assurée qu'elle limitait la couverture d'assurance à l'assurance obligatoire des soins, catégorie "Basis", en supprimant les assurances complémentaires conclues ("C plus", "Optima plus" et "Natura") avec effet rétroactif à leur entrée en vigueur. La caisse fait valoir que les renseignements glanés auprès du Dr W ont mis en exergue le fait que l'assurée est suivie médicalement depuis 1993 pour des pathologies multiples et que ces faits ont été passés sous silence lorsque a été rempli et signé le questionnaire médical d'affiliation; la caisse souligne que "il ne fait aucun doute que si ledit questionnaire avait été complété de manière correcte et conforme à la réalité, nous n'aurions assurément pas accepté de vous mettre au bénéfice d'assurances complémentaires".

Par courrier du 19 avril 2001, le conseil de l'assurée a informé la caisse que le Dr W "a, suite à une erreur, fait une analogie entre la fibromyalgie dont souffre [l'assurée] et diagnostiquée en octobre 2000 et la cervico-brachialgie dont a souffert Mme X en 1993 suite a un accident d'équitation". Le 11 juillet 2001, elle a transmis à la caisse un courrier du Dr W du 5 juillet 2001, dans lequel ce médecin précise que "il n'y a pas de lien de causalité entre le whiplash et les cervico-brachialgies C8 G qu'a présentées [l'assurée] en 1993 et la fibromyalgie ainsi que l'état anxio-dépressif qu'elle a développés depuis l'automne 00 [...]. D'ailleurs, la fibromyalgie est une

entité rhumatologique non traumatique"; il indique qu'il est possible que sa réponse "depuis 1993, des cervico-brachialgies persistantes après whiplash puis récemment évolution vers une franche fibromyalgie" à la question de savoir quelle est l'anamnèse du cas ait pu prêter à confusion et qu'en fait, il voulait simplement relever que "la patiente avait présenté anciennement une pathologie localisée depuis 1993, mais qu'actuellement la patiente et non la cervico-brachialgie avait évolué vers une franche fibromyalgie".

Le 30 juillet 2001, la caisse a confirmé sa détermination du 20 mars 2001. Elle fait valoir que si l'assurée avait déclaré les troubles dont elle souffre depuis 1993, les assurances complémentaires ne lui auraient pas été octroyées.

Dans une lettre du 28 août 2001, le Dr W écrit avoir suivi l'assurée du 3 août 1993 au 13 mars 1995 pour des cervico-brachialgies C8 gauches consécutives à un whiplash le 29 juin 1993, avoir noté par la suite l'apparition d'une légèrè uncodiscarthrose en C5-C6, C6-C7 et que la patiente avait signalé quelques lombalgies à caractère météo-sensible. Il avait alors signalé à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA) la possibilité d'un syndrome cervical récidivant. Il expose que depuis le 13 mars 1995, il n'a plus été consulté par la patiente jusqu'au 12 janvier 1999 où elle est venue se plaindre d'une nouvelle poussée de cervicalgies interscapulalgies qui ont été traitées par physiothérapie. Le 8 juin 2000, il a à nouveau été consulté pour des douleurs de la ceinture scapulaire qui ont fini par se généraliser pour devenir diffuses avec au status du 23 octobre 2000, 12 points sur 18, ce qui a permis de poser le diagnostic de fibromyalgies. Il expose que, dès lors, la patiente a évolué comme une fibromyalgique typique avec troubles du sommeil, état dépressif et incapacité de travail, dite pathologie étant indépendante de la précédente. Il conclut que d'un point de vue asséculoologique, on peut éventuellement admettre que l'assurance émette des réserves quant à une récidence de cervico-brachialgies C8 gauches ou un syndrome cervical en rapport avec les séquelles traumatiques ou éventuellement la cervicarthrose débutante signalée déjà en 1995, mais qu'en revanche, une exclusion en bloc de toute affection rhumatologique, y compris la fibromyalgie ne lui semblait pas acceptable.

Par courrier du 8 octobre 2001, la caisse a maintenu les termes de sa détermination du 20 mars 2001, en faisant valoir que "si les renseignements médicaux successifs [sollicités] auprès du Dr W ont le mérite d'éclaircir la situation médicale, il n'en reste pas moins que [l'assurée] a commis une réticence en répondant par la négative aux questions 3 g) et 6 du questionnaire médical d'affiliation".

Par courrier du 30 novembre 2001, le conseil de l'assurée relève que cette dernière n'a pas commis de réticence puisque la question 3 g) n'interroge les assurés de la caisse que sur des maladies des os ou des articulations et non pas sur d'éventuelles conséquences d'un accident et que la réponse donnée à la question 6 était correcte étant donné que l'assurée ne souffrait plus alors des suites de son accident depuis plus de treize mois.

Par courrier du 15 janvier 2002, la caisse relève que l'assurée a présenté des séquelles de son accident du 29 juin 1993, puisqu'elle a été suivie pendant plus de deux ans pour cela avec une rechute en janvier 1999 et qu'il n'est pas rare que des pathologies post-traumatiques évoluent avec le temps vers un état maladif. Dès lors, la caisse soutient que l'assurée aurait dû répondre affirmativement aux questions 3 g) et 6, commettant de ce fait une réticence.

B. Par acte déposé le 4 octobre 2002, X a demandé à l'autorité de céans à ce que le contrat d'assurance entré en vigueur le 1^{er} avril 2000, comprenant l'assurance de base selon la LAMal ainsi que les assurances complémentaires au sens de la LCA soit déclaré valable et déployant tous ses effets, Z devant rembourser le montant de 2'856 fr., avec intérêts à 5 % dès le 1^{er} novembre 2001.

Dans sa réponse du 12 novembre 2002, la caisse a conclu que l'autorité de céans dise que les catégories d'assurance complémentaire "C plus", "O plus" et "N " sont annulées avec effet rétroactif à l'entrée en vigueur, que les primes dues pour la période d'assurance en cours lors de l'annulation sont dues, que le contrat de Mme X est limité à l'assurance obligatoire des soins que la facture de 2'856 fr. relative à la

cure thermale suivie à Saillon du 5 au 19 mars 2001 ne relève pas des obligations contractuelles de la caisse et partant au rejet de la demande.

Dans leur échange d'écritures ultérieur, les parties n'ont pas apporté d'élément nouveau.

C. En cours de procédure, le Dr W a précisé, par courrier du 23 décembre 2003, avoir été consulté le 12 janvier 1999 pour des cervicalgies et inter-scapulalgies avec importante participation musculaire et articulaire réflexe sans facteur déclenchant traumatique, ce cas ayant été taxé LAMal et non LAA (loi sur l'assurance-accident), la symptomatologie étant bien différente de celle de 1993, suite à l'accident. Il relève qu'il s'est agi d'un épisode unique qui a été traité par médication et que la physiothérapie prescrite n'a finalement pas été effectuée. Il estime que les lombalgies et cervicalgies occasionnelles de courte durée (communes) sont des phénomènes extrêmement courants, pouvant toucher au-delà de la quarantaine plus de 70 à 80 % de la population et que d'un point de vue asséculoologique; émettre une réserve sur tel phénomène banal lui paraît abusif.

En droit:

1. La couverture ici en cause n'est pas soumise à la LAMal. Il s'agit d'une assurance complémentaire au sens de l'article 12 alinéa 2 LAMal. Elle relève, dès lors, du droit des assurances privées, soit de la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA), en vertu de l'article 12 alinéa 3 LAMal. Il en résulte que les caisses-maladie ne sont plus, dans ce domaine, des organes administratifs susceptibles de rendre des décisions au sens de l'article 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative. En conséquence, c'est par la voie de l'action que les assurés doivent agir pour contester les prises de position des caisses-maladie relatives aux assurances complémentaires.

En vertu de l'article 12 alinéa 3 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), les assurances complémentaires à l'assurance-maladie

obligatoire sont soumises au droit privé, soit à la LCA. Dans le cadre des réquisits de l'article 47 alinéas 2 et 3 de la loi fédérale sur la surveillance des institutions d'assurance privées (LSA), le Canton de Vaud a confié leur contentieux au Tribunal des assurances (décret du Grand Conseil du 20 mai 1996 [RALV 1996 p. 119; F.A.O. 1996, p. 1956]).

La compétence du Tribunal des assurances pour toutes les assurances-maladie (complémentaires) relevant de la LCA a été reconnue par l'autorité cantonale de recours supérieure (Ch. rec., arrêt P c. K Assurances, du 24 juin 1998, n° 257/1998, publié au JT 1999 III 106 ss). Un recours en réforme interjeté contre cet arrêt devant le Tribunal fédéral a été déclaré irrecevable par arrêt du 7 avril 1999 de la IIe Cour civile.

La demande est dès lors recevable.

2. La question est celle de savoir s'il y a eu ou non réticence.

a) Aux termes de l'article 6 LCA, 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.

Selon l'article 4 alinéa 1^{er} 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 être connus lors de la conclusion du contrat.

Selon l'alinéa 2 de l'article 4 LCA, 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. 3 LCA). Cette présomption peut cependant être détruite quand il est prouvé que l'assureur

aurait néanmoins conclu le contrat aux conditions prévues s'il avait connu les faits que le proposant n'a pas indiqués ou qu'il a indiqués d'une façon inexacte (ATF 75 II 158, cons. 3).

Les faits en question sont tous les éléments qui doivent être considérés lors de l'appréciation du risque et qui peuvent éclairer l'assureur, à savoir toutes les circonstances permettant de conclure à l'existence de facteurs de risque (ATF 118 II 333, cons. 2a et les citations).

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 violé ou non son obligation de renseigner, laquelle s'apprécie au demeurant sans égard à une éventuelle faute du preneur. En effet, la loi n'impose pas seulement au proposant de communiquer à l'assureur, en réponse aux questions correspondantes, les faits importants pour l'appréciation du risque qui lui sont effectivement connus, mais également ceux qu'il devrait connaître.

Ce qui est finalement 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 avait fournis des personnes qualifiées. La loi exige du proposant qu'il se demande sérieusement s'il existe un fait qui tombe sous le coup des questions de l'assureur, mais non 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, cons. 2b et les arrêts mentionnés; Nef, Basler Kommentar, n. 26 ad art. 6 LCA; Maurer, Privatversicherungsrecht, 3^e éd., p. 251 ss).

b) En l'espèce, la demanderesse a eu un whiplash suite à une chute de cheval avec cervico-brachialgies C8 gauches et uncodiscarthrose C5-C6-C7; elle a été traitée par le Dr W de 1993 à 1995. Même sans tenir compte de l'épisode de 1999, elle devait répondre positivement à la question 3

g) relative à des éventuelles maladies des os ou des articulations.

Dans sa lettre du 28 août 2001, le Dr W admet d'ailleurs que "d'un point de vue asséculoologique, on peut éventuellement admettre que l'assurance émette des réserves quant à une récurrence de cervico-brachialgies C8 G ou d'un syndrome cervical en rapport avec les séquelles traumatiques ou éventuellement la cervicarthrose débutante signalée déjà en 1995". Il s'agit de faits importants qui devaient être annoncés à l'assureur afin qu'il puisse apprécier le risque en toute connaissance de cause. Ils sont en effet de nature à influencer sur la détermination de l'assureur de conclure le contrat ou de le conclure aux conditions convenues. Que les affections dont souffre la demanderesse actuellement aient ou non un lien de causalité avec le whiplash et les cervico-brachialgies est sans pertinence.

Les conditions posées par l'article 6 LCA sont ainsi remplies et la défenderesse était en droit de résilier, comme elle l'a fait, les contrats relatifs aux assurances complémentaires.

Au surplus, le délai de quatre semaines que la loi impartit à l'assureur dès la connaissance de la réticence pour se départir du contrat est respecté en l'espèce.

3. La demande doit dès lors être rejetée.

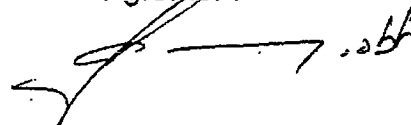
**Par ces motifs,
le Tribunal des assurances
prononce :**

I. La demande est rejetée.

La présidente :

D. Thomaux

Le greffier :



Du 31 AGUT 2004

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.

Si, d'après leurs conclusions, les droits contestés en première instance n'atteignent pas une valeur de 8'000 fr., les parties peuvent recourir au Tribunal cantonal dans un délai de dix jours dès la notification du présent jugement, en déposant, au greffe du Tribunal cantonal des assurances, Route du Signal 8, 1014 Lausanne, un acte de recours en deux exemplaires désignant le jugement attaqué et contenant leurs conclusions en réforme, éventuellement en nullité ou, à défaut, en indiquant sur quels points le jugement est attaqué et quelle est la modification demandée.

Si, d'après leurs conclusions, les droits contestés en instance cantonale atteignent une valeur d'au moins 8'000 fr., il est loisible aux parties 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 greffe du 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;

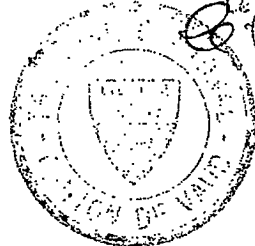
e. Le cas échéant, la demande d'assistance judiciaire (art. 152 OJF).

(art. 43 ss-OJF, spéc. art. 46, 54 et 55).

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

Le greffier :

PHOTOCOPIE CERTIFIÉE
CONFORME À L'ORIGINAL
Le greffier:



R. Richard

[Handwritten signature]