

TRIBUNAL D'ARRONDISSEMENT
DE L'EST VAUDOIS

Case postale 496
Rue du Simplon 22
1800 Vevey 1

PT13.018446

JUGEMENT

rendu par le

TRIBUNAL CIVIL

le 18 juin 2014

dans la cause

A. contre X. Assurances

RECLAMATION PECUNIAIRE

MOTIVATION

Audience du 10 octobre 2013

Présidence de S. Osojnak, Présidente

Juges : M. Vincent et B. Sager

Greffier : C. Savary

Statuant immédiatement à huis clos, le Tribunal considère ce qui suit :

EN FAIT :

1. La défenderesse, X. Assurances, est une société anonyme spécialisée dans l'exploitation des branches d'assurance non vie.

2. Le 20 septembre 2010, le demandeur, A. a rempli une proposition pour une assurance « _____ » de la défenderesse.

Le 13 octobre 2010, les parties ont conclu un contrat d'assurance « _____ » dont l'entrée en vigueur a été fixée au 1^{er} octobre 2010. Ce contrat portait sur des indemnités journalières pour indépendant et avait pour but de couvrir les conséquences économiques d'une incapacité de travail résultant d'une maladie ou d'un accident.

Le salaire annuel convenu du demandeur a été fixé à fr. 72'000.- et les indemnités journalières correspondaient au 100% du salaire conventionnel annuel. La prime annuelle de la police d'assurance a dès lors été fixée à fr. 4'306.-. La durée des prestations a été fixée à 730 jours avec imputation du délai d'attente de 14 jours. Le contrat d'assurance renvoyait pour le surplus aux conditions générales de l'assurance d'une indemnité journalière selon la LCA x_____.

3. A compter du 13 février 2012, le demandeur s'est retrouvé en incapacité totale d'exercer sa profession de maçon pour maladie. L'incapacité de travail du demandeur a trouvé sa cause dans des problèmes lombaires et cervicaux aigus. Dans un rapport médical qu'il a établi à l'attention de la défenderesse le 10 avril 2012, le médecin traitant du demandeur a retenu les diagnostics suivants :

- syndrome vertébral, cervical aigu sur spondylarthrose,
- discopathie étagée
- hernie discale foraminale C6-C7 droite ainsi que discarthrose C4-C5, C5-C6,

- syndrome vertébral lombaire aigu sur spondylarthrose, discopathie et hernie discale L5-S1,
- PSH droite sévère.

Ces diagnostics ont été confirmés notamment par le résultat d'un IRM effectué au mois de mai 2012.

Le demandeur a été en incapacité totale de travailler jusqu'au 17 juin 2012. A compter du 18 juin 2012, son incapacité de travail a été de 50%. A la date de l'ouverture de l'action, le demandeur était toujours en incapacité de travail à 50%.

4. Dans la proposition d'assurance qu'il a remplie, le demandeur a répondu par la négative à la question de savoir s'il avait déjà été au bénéfice d'une rente ou d'une indemnité. Il a répondu par la négative également à la question de savoir s'il avait déjà épuisé son droit à une assurance perte de gain auprès d'un assureur.

5. Par télécopie du 12 juin 2012, la défenderesse a été informée par l'ancien assureur du demandeur, soit Y. Assurances, que le demandeur avait déjà bénéficié d'indemnités journalières maladie durant la période du 6 juillet 1999 au 4 juin 2001 suite à une incapacité de travail et qu'au 4 juin 2001, il avait épuisé son droit à l'assurance perte de gain auprès de Y.

Par courrier du 14 juin 2012, la défenderesse a dès lors informé le demandeur qu'elle invoquait la réticence en lien avec la réponse à ces deux questions. En conséquence, elle résiliait le contrat d'assurance et demandait le remboursement des prestations servies en lien avec l'incapacité de travail du demandeur.

La défenderesse a fait valoir pour cela qu'entre 1999 et 2001, le demandeur avait perçu des indemnités journalières de Y.

En effet, le 6 juillet 1999, le demandeur a dû être opéré suite à une lésion du ménisque externe gauche. Il a subi une arthroscopie et a été hospitalisé 19 jours. Il en est résulté une incapacité totale de travail dans son activité de maçon. Les suites de cette intervention ont été complexes, le demandeur développant des gonalgies gauches. Son incapacité de travail s'est ainsi prolongée jusqu'en 2001.

Le montant de l'indemnité journalière s'élevait à fr. 197.26.

6. La défenderesse a servi des indemnités journalières du 13 février 2012 au 14 mai 2012 sous déduction de 14 jours de délai d'attente. Elle a ainsi versé au demandeur le montant total de fr. 15'386.30, dont elle a demandé le remboursement. Pour ce faire, la défenderesse a joint, à son pli du 14 juin 2012, la facture n° _____ d'un montant de fr. 15'386.30.

Le demandeur ne s'étant pas acquitté du montant réclamé, la défenderesse a adressé une réquisition de poursuite à l'Office des poursuites de Vevey pour un montant de fr. 15'386.30 avec intérêts à 5% l'an dès le 1^{er} mai 2013.

Le demandeur a fait opposition totale au commandement de payer notifié le 10 mai 2013.

7. Le demandeur a ouvert action par une requête de conciliation datée du 6 décembre 2012. Le 31 janvier 2013, le Présidente du Tribunal de céans a délivré une autorisation de procéder.

8. Par demande du 30 avril 2013, le demandeur a conclu à ce qu'il ne soit pas déclaré débiteur de la défenderesse de la somme de fr. 15'386.30 (I) et à ce que la défenderesse soit sa débitrice du montant de fr. 23'079.45 avec intérêts à 5% l'an dès le 22 août 2012 (échéance moyenne) représentant les indemnités journalières dues pour la période du 15 mai 2012 au 30 novembre 2012 (II).

9. Par réponse et demande reconventionnelle du 18 juillet 2013, la défenderesse a conclu à ce que la réponse soit déclarée recevable (1), à ce que le

demandeur soit débouté de toutes ses conclusions (2), à ce que le demandeur soit condamné à lui payer la somme de fr. 15'386.30 avec intérêts à 5% l'an dès le 1^{er} mai 2013 (5), à ce que la mainlevée définitive de l'opposition formée au commandement de payer n° _____, notifié au demandeur le 10 mai 2013, soit prononcée (6), à ce que la poursuite n° _____ suive son cours (7), à ce que le demandeur soit condamné à supporter les frais et les dépens (8) et à ce que subsidiairement la défenderesse tende à prouver par toutes voies de droit les faits allégués dans ses écritures (9).

10. Par réponse sur demande reconventionnelle du 21 août 2013, le demandeur a conclu au rejet des conclusions reconventionnelles de la défenderesse.

11. Par déterminations du 20 septembre 2013, la défenderesse a conclu au maintien de ses conclusions du 18 juillet 2013.

12. A l'audience du 10 octobre 2013, le demandeur, assisté, et la défenderesse ont été entendus.

La partie défenderesse a modifié ses déterminations sur les allégués 4, 5, 23, 32 et 35 de la demande en ce sens qu'ils étaient admis.

Le demandeur a modifié ses déterminations sur les allégués 39 à 42, 44 à 57 et 60 à 64 de la réponse en ce sens qu'ils étaient admis et sur l'allégué 43 en ce sens qu'il était contesté.

Le demandeur a également modifié son allégué 71 en ce sens que l'incapacité de travail s'est prolongée jusqu'en 2001.

La partie défenderesse a également modifié ses déterminations sur les allégués 65 à 70 et 71 modifié sur les déterminations finales en ce sens qu'ils étaient admis et sur l'allégué 72 en ce sens qu'il était contesté.

Finalement, avec l'accord des parties, en lieu et place d'une audience de jugement, les parties ont décidé de s'échanger un mémoire écrit conformément à l'art. 232 al. 2 CPC, le demandeur devant préciser le montant de ses conclusions augmentées du fait de la poursuite de son incapacité de travail.

13. Les parties ont respectivement déposé le 29 novembre 2013 des plaidoiries finales.

Le demandeur a précisé ses conclusions augmentées, conformément au procès-verbal d'audience du 10 octobre 2013, et a conclu à ce qu'il ne soit pas déclaré débiteur de la défenderesse de la somme de fr. 15'386.30 (I), à ce que la défenderesse soit sa débitrice du montant de fr. 59'079.38 avec intérêts à 5% l'an dès le 21 février 2013 (échéance moyenne) représentant les indemnités journalières dues pour la période du 15 mai 2012 au 30 novembre 2013 (II) et à ce que les conclusions de la défenderesse soient rejetées (III).

14. Le jugement, sous forme de dispositif, a été rendu le 18 juin 2014 par le Tribunal de céans qui a fait droit aux conclusions du demandeur.

15. Le 25 juin 2014, la défenderesse a requis la motivation du jugement.

EN DROIT :

I. Le dispositif de la présente décision ayant été notifié aux parties le 18 juin 2014, la demande de motivation du jugement, déposée le 25 juin 2014, a été faite en temps utile et est recevable en la forme.

II. Selon l'art. 59 al. 1 CPC, le Tribunal n'entre en matière que sur les demandes et les requêtes qui satisfont aux conditions de recevabilité de l'action. Le tribunal doit dès lors examiner d'office si les conditions de recevabilité sont remplies (art. 60 CPC).

a) Les règles de compétence territoriale déterminent, en fonction de la situation du litige, devant laquelle des autorités d'un même type le procès se déroulera. Selon l'art. 10 al. 1 let. b CPC, les actions dirigées contre les personnes morales, les établissements et les corporations de droit public ainsi que les sociétés en nom collectif ou en commandite doivent être ouvertes à leur siège. L'art. 32 CPC s'applique aux contrats conclus avec des consommateurs. Cette disposition précise qu'en cas de litige concernant les contrats conclus avec des consommateurs, le for est celui du domicile ou du siège de l'une des parties lorsque l'action est intentée par le consommateur et celui du domicile du défendeur lorsque l'action est intentée par le fournisseur. Il s'agit d'un for semi impératif en faveur du consommateur. Sont réputés contrats conclus avec des consommateurs les contrats portant sur une prestation de consommation courante destinée aux besoins personnels ou familiaux du consommateur et qui a été offerte par l'autre partie dans le cadre de son activité professionnelle ou commerciale. Sont notamment des prestations de consommation courante les prestations correspondant aux besoins usuels courants résultant d'assurances (Donzallaz, Commentaire de la Loi fédérale sur les fors en matière civile, Berne 2001, art. 22 N. 47ss). Toutefois, le besoin courant ne dépend pas uniquement du genre de prestations en jeu, mais aussi de la valeur de l'objet du contrat et des circonstances du cas d'espèce (ATF 132 III 268). Ainsi, si le contrat d'assurance constitue une catégorie soumise à l'art. 32 CPC (RSPC 2005 6), il faut que l'assurance conclue puisse être considérée comme portant sur une prestation de consommation courante, par exemple assurance accident ou maladie privée. Tel est le cas en l'espèce. L'action est dirigée contre la défenderesse, société anonyme qui a son siège à _____. Toutefois, le litige porte sur un contrat conclu avec un consommateur au sens de l'art. 32 CPC et l'action est intentée par le consommateur, soit au domicile ou du siège de l'une des parties. Le demandeur ayant son domicile à Vevey, cette ville relève de l'arrondissement de l'Est vaudois (art. 11 LDecTer et art. 1 AAJTJ).

b) Les lois d'organisation judiciaire cantonales prévoient la compétence de l'autorité à raison de la matière. En l'espèce, selon l'art. 96 b al. 3 LOJV (Loi d'organisation judiciaire du 12 septembre 1979; RSV 173.01), le tribunal d'arrondissement connaît de toutes les causes patrimoniales dont la valeur litigieuse

est supérieure à 30'000 francs et inférieure ou égale à 100'000 francs et qui ne sont pas attribuées par la loi à une autre autorité.

c) Enfin, au sens de l'art. 243 al. 2 lit. f CPC, la procédure simplifiée s'applique aux litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la loi fédérale du 28 mars 1994 sur l'assurance-maladie, quelle que soit la valeur litigieuse. Le décret du 1^{er} janvier 2011 du Grand Conseil du Canton de Vaud a en effet abrogé le décret du 20 mai 1996 relatif à l'attribution au Tribunal cantonal des assurances de la compétence du contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie. En l'espèce, l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie, individuelle ou collective, peut être souscrite dans le cadre de l'assurance-maladie sociale, régie par les lois fédérales sur l'assurance-maladie (LAMal) et sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) ; elle peut aussi être l'objet d'un contrat d'assurance privée, soumis à la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) (ATF 4A_111/2010). De plus, le contrat perte de gain pour maladie ou accident est un contrat d'assurance complémentaire au sens de l'article 12 al. 2 et 3 LAMal.

d) Finalement, au sens de l'art. 114 al. 1 lit. e CPC, il n'est pas perçu de frais judiciaires dans la procédure au fond pour les litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, quelle que soit la valeur litigieuse.

Par conséquent, le Tribunal civil de l'arrondissement de l'Est vaudois est compétent à raison du lieu, de la matière et de la valeur litigieuse.

III. Les questions soulevées par la présente cause sont celles de savoir si la défenderesse, malgré la réticence non contestée du demandeur, doit poursuivre ses prestations dans le cadre du sinistre survenu en février 2012 ou si, au contraire elle est en droit d'obtenir le remboursement des prestations déjà servies.

IV. a) Le contrat d'assurance est un acte juridique consensuel, parfait lorsque les parties ont, réciproquement et de manière concordante, manifesté leur

volonté. L'offre et l'acceptation sont toutefois soumises aux règles particulières des articles 1^{ers} de la LCA (JdT 2011 II 171).

Celui qui veut s'assurer 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 (art. 4 al. 1 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 (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). Il peut en particulier s'agir de faits propres à aggraver le risque assuré ; l'aggravation du risque est décisive lorsqu'il faut admettre que l'assureur refuserait le contrat s'il connaissait le fait en question ou qu'il ne le conclurait qu'à d'autres conditions, plus restrictives ou plus onéreuses (ATF 122 III 458). On précisera que les faits qu'il faut déclarer sont non seulement ceux qui peuvent constituer une cause de risque, mais aussi ceux qui permettent de supposer l'existence d'une cause de risque (SJ 2011 II 247).

b) Sous l'empire de l'art. 6 aLCA en vigueur jusqu'au 31 décembre 2005, si, lors de la conclusion du contrat d'assurance, celui qui devait faire la déclaration de faits importants pour l'appréciation des risques avait omis de déclarer ou inexactement déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître (réticence), l'assureur n'était pas lié par le contrat, à condition qu'il s'en soit départi dans les quatre semaines à partir du moment où il avait eu connaissance de la réticence. Un lien de causalité entre le fait caché ou inexactement déclaré et le sinistre n'était pas nécessaire (ATF 92 II 342).

Cette règle en matière de réticence a été considérée comme trop sévère. Le Conseil fédéral a dès lors proposé de remplacer le droit de se départir du contrat par un droit de résiliation et de ne permettre à l'assureur de se libérer de l'obligation d'accorder sa prestation qu'à la condition qu'il existe un lien de causalité entre le fait non déclaré ou inexactement déclaré et le sinistre survenu par la suite (FF 2003 3370 ch. 1.2.5.2.1). En d'autres termes, l'assureur ne peut se libérer de son

obligation que si le fait qui a été l'objet de la réticence a influé sur la survenance ou l'étendue du sinistre (JdT 2011 II 171, p. 173). Si le contrat prenait fin suite à un cas de réticence, l'assureur ne devait être libéré de son obligation d'accorder sa prestation que pour les sinistres dont la survenance ou l'étendue avaient été influencées par le fait qui avait fait l'objet de la réticence ; l'obligation de l'assureur devait ainsi subsister si le fait non déclaré ou inexactement déclaré n'avait pas exercé d'influence sur la survenance du sinistre et l'étendue des prestations dues par l'assureur (FF 2003 3419 ch. 2.2.2 ad art. 6 et 8). Le Conseil fédéral a dès lors proposé un nouvel art. 6 al. 3 prévoyant que « l'obligation de l'assureur d'accorder sa prestation s'éteint également pour les sinistres déjà survenus lorsque le fait qui a été l'objet de la réticence a influé sur la survenance ou l'étendue du sinistre » (FF 2003 3474).

Cette modification législative a introduit à cette disposition le critère du lien de causalité : pour que l'assureur puisse refuser sa prestation, l'inexactitude qui a été l'objet de la réticence doit avoir influencé la survenance ou l'étendue du sinistre. L'introduction du lien de causalité répond, d'un point de vue historique et téléologique, à une meilleure protection de l'assuré.

c) On entend par réticence une réponse fautive, inexacte ou incomplète. La réticence doit être réalisée d'un point de vue objectif et subjectif. D'un point de vue objectif, la réticence suppose que la réponse donnée à la question ne soit pas conforme à la vérité, par omission ou inexactitude. D'un point de vue subjectif, la réticence suppose que le proposant connaissait ou aurait dû connaître la vérité. Le proposant doit déclarer non seulement les faits qui lui sont connus sans autre réflexion, mais aussi ceux qui ne peuvent lui échapper s'il réfléchit sérieusement à la question posée (ATF 136 III 334) ; toutefois, on n'attend pas du futur preneur qu'il procède à des investigations particulières (ATF 118 II 337). La question posée par l'assureur doit dès lors être formulée par écrit et elle doit être rédigée de manière précise et non équivoque (ATF 136 III 334). L'assuré doit alors déclarer non seulement les faits relevant pour l'appréciation des risques qu'il connaît, mais également ceux qu'il aurait pu connaître compte tenu de son intelligence, de sa formation et de son expérience et selon les règles de la bonne foi.

Il sied ainsi de se fier à la connaissance que l'assuré a de sa propre situation et non aux explications reçues de personnes qualifiées et notamment des médecins spécialistes qui l'ont examiné.

En l'espèce, le demandeur a tu avoir épuisé son droit aux prestations d'une autre assurance. L'assureur avait posé les questions par écrit et celles-ci n'étaient ni ambiguës ni équivoques. Le demandeur ne pouvait ignorer, en réfléchissant sérieusement à la question, qu'il avait perçu des indemnités perte de gain d'une assurance pendant 720 jours. Une telle durée, fût elle survenue des années auparavant, ne pouvait lui échapper. En répondant par la négative, il a ainsi fait preuve de réticence. Dans sa réponse sur demande reconventionnelle du 21 août 2013, le demandeur a d'ailleurs reconnu avoir perçu des indemnités perte de gain par suite d'une maladie et avoir épuisé son droit aux indemnités journalières. Il y a donc lieu de retenir la réticence.

d) En l'espèce, le délai de quatre semaines de l'art. 6 al. 2 LCA a été respecté par la défenderesse qui a appris la réticence le 12 juin 2013 et qui a écrit au demandeur le 14 juin 2013.

e) Il faut dès lors examiner le lien de causalité entre les deux sinistres pour connaître les conséquences des fausses déclarations sur le sort des du contrat et du versement des prestations.

La réponse à la question de savoir si l'assureur peut refuser ses prestations en cas de réticence au sujet de faits importants pour apprécier le risque assuré fait l'objet de nombreux développements jurisprudentiels et doctrinaux.

L'article 6 alinéa 3 LCA, sous sa teneur depuis le 1^{er} janvier 2006, prescrit que l'assureur peut refuser d'accorder sa prestation pour les sinistres déjà survenus lorsque le fait qui a été l'objet de la réticence a influé sur la survenance ou l'étendue du sinistre. Dans ce cas, l'assureur a droit au remboursement des prestations déjà versées pour un tel sinistre.

Cette disposition fait donc dépendre les droits y prescrits par l'existence d'un lien de causalité : si le fait qui a été l'objet de la réticence a influé sur la survenance ou l'étendue du sinistre, l'obligation de l'assureur s'éteint également pour les sinistres déjà survenus. En d'autres termes, c'est l'existence ou non d'un rapport de causalité entre le fait tu ou inexactement déclaré qui déterminera si l'assureur doit intervenir ou non pour le sinistre en cours (Brulhart, Droit des assurances privées, 2008, n° 478).

L'ancien système résolvait le sort du contrat et le sort de la prétention découlant du sinistre d'un coup : en instituant une résolution avec effet rétroactif, l'ancien art. 6 LCA statuait sur les rapports entre les parties et sur les conséquences de la survenance de l'événement redouté (Brulhart, Droit des assurances privées, 2008, n° 498). Nonobstant la résiliation du contrat d'assurance pour cause de réticence, selon la nouvelle réglementation, l'assureur est tenu de délivrer la prestation assurée, à moins qu'il ne prouve l'existence d'un lien de causalité immédiat entre le fait tu ou incorrectement déclaré et la survenance du sinistre (Brulhart, Droit des assurances privées, 2008, n° 499).

La jurisprudence opère dès lors une distinction fondamentale entre les alinéas 1 et 2, d'une part, et l'alinéa 3, d'autre part, en d'autres termes entre les conditions de la réticence et les conséquences de cette dernière. A suivre le Tribunal fédéral « (...) la validité de la résiliation pour cause de réticence en tant que telle ne peut être en aucun cas liée aussi aux conditions de l'alinéa 3 de l'article 6 LCA » (TF 9C_680/2011 du 11 mai 2012).

S'il entend résilier le contrat en raison d'une réticence, l'assureur doit le faire tout d'abord par écrit dans un délai de quatre semaines après qu'il en ait eu connaissance. Si le contrat prend fin suite à un cas de réticence, l'assureur n'est libéré de son obligation d'accorder sa prestation que pour les sinistres dont la survenance ou l'étendue ont été influencées par le fait qui a fait l'objet de la réticence. Ainsi, l'obligation de l'assureur d'octroyer sa prestation subsiste si le fait non déclaré ou inexactement déclaré n'a pas exercé d'influence sur la survenance du sinistre et l'étendue des prestations dues par l'assureur. En d'autres termes,

l'assureur ne peut refuser sa prestation pour un sinistre déjà survenu ou répéter ce qu'il a déjà payé que si le fait qui a été l'objet de la réticence a influé sur la survenance ou l'étendue du sinistre. Dans les autres cas, l'obligation d'octroyer des prestations tombe et l'assureur a droit à leur remboursement s'il les a déjà accordées (Message du Conseil fédéral du 9 mai 2003, ad art. 6 LCA nouveau, FF 2003 3249).

Une partie de la doctrine plaide pour une notion de la causalité large. Elle relève qu'une notion étroite reviendrait à primer les abus et à faire porter à la collectivité des assurés les conséquences d'une appréciation des risques non conforme à la réalité. Elle est donc d'avis qu'il s'impose d'assimiler la violation d'informations qui auraient permis de tirer des conclusions sur l'existence d'un risque aux faits non déclarés en relation de causalité avec le sinistre (Brulhart, Droit des assurances privées, 2008, n° 500, p. 226 s.). Toutefois, si l'on retient une notion de causalité large pour refuser les prestations en cas de sinistre, le fait important pour apprécier le risque qui n'a pas été déclaré doit néanmoins se rapporter au risque qui s'est réalisé. L'assureur ne saurait, en vertu de l'art. 6 al. 3 LCA, refuser d'indemniser l'assuré dont le véhicule parké a été endommagé parce que cet assuré, par exemple, lui a tu avoir été condamné pour conduite en état d'ébriété ou vitesse excessive. De telles condamnations permettent de conclure à un risque aggravé que l'assuré cause fautivement un accident lors de la conduite du véhicule, mais non pas à un risque aggravé qu'il soit la victime d'un acte de vandalisme de la part d'un tiers sur le véhicule en stationnement (TF 4A_303/2010 du 11 août 2010).

Pour refuser la délivrance d'une prestation en vertu d'un contrat d'assurance résilié pour cause de réticence, l'assureur doit prouver l'existence d'un lien de causalité immédiat entre le fait tu ou incorrectement déclaré et la survenance du sinistre (Brulhart, Droit des assurances privées, 2008, n° 500). Dans ces circonstances, il s'agit d'en appeler aux principes prévus par l'article 8 CC, applicables dans le contexte de la loi sur le contrat d'assurance : toute partie alléguant un droit doit apporter la preuve de son existence. En effet, il incombe à l'assureur d'apporter la preuve de l'existence du lien de causalité entre le fait incorrectement indiqué et la survenance du sinistre.

En l'espèce, le fait que le demandeur ait eu une incapacité de travail entre 1999 et 2001 se rapporte à une blessure au genou et à des complications liées à son opération. L'incapacité a duré de 1999 à 2001, soit près de dix ans avant la conclusion du nouveau contrat, intervenue en octobre 2010. Le demandeur a ensuite cotisé durant un an et quatre mois avant la survenance du sinistre litigieux. La nouvelle atteinte à la santé du demandeur résulte de problèmes liés à un syndrome vertébral, cervical aigu sur spondylarthrose, une discopathie étagée, une hernie discale foraminale C6-C7 droite ainsi que discarthrose C4-C5, C5-C6, un syndrome vertébral lombaire aigu sur spondylarthrose, discopathie et hernie discale L5-S1, et un PSH droite sévère, confirmé par l'IRM effectué. La défenderesse n'allègue ni n'établit que la lésion au genou de 1999 ait eu une incidence sur le sinistre intervenu. Elle affirme seulement qu'il y a eu réticence car le demandeur a répondu par la négative aux questions posées et ne prouve donc aucun lien de causalité. Il est par ailleurs notoire que le métier de maçon qu'exerce le demandeur engendre souvent, avec l'âge, des lésions de l'appareil locomoteur, et du dos en particulier, en lien avec le port régulier de charges.

Bien que le lien de causalité doive être pris dans une notion large selon la jurisprudence, le Tribunal estime que les sinistres ne sont en l'espèce pas en lien de causalité. Les gonalgies subies en 1999 font suite à une arthrite sceptique à pseudomonas post arthroscopie pour méniscectomie interne. Les rapports médicaux de l'époque ne mentionnent aucune atteinte dorsale. La lésion de 2012 est au contraire une lésion dégénérative (arthrose), laquelle n'existait pas en 1999. A supposer même que la défenderesse ait voulu imposer une réserve au demandeur lors de la conclusion du contrat, celle-ci n'aurait ainsi manifestement pu que viser les atteintes au genou, à défaut d'une quelconque atteinte cervicale et vertébrale. Admettre un lien de causalité in casu viderait le sens de la nouvelle réglementation de 2006 qui a pour but de protéger l'assuré. Une telle interprétation signifierait qu'un assuré, après avoir subi une première lésion au corps ou une maladie ne pourrait plus jamais être assuré auprès d'une autre assurance.

Ainsi comme le stipule la jurisprudence, l'obligation de la défenderesse d'octroyer sa prestation subsiste ; le fait non déclaré ou inexactement déclaré n'ayant

pas exercé d'influence sur la survenance du sinistre et l'étendue des prestations dues par celle-ci.

f) Finalement, la défenderesse allègue que conformément à l'art. 5 ch. 3 des conditions x.____, les assurés ayant épuisé leurs droits aux prestations d'une assurance indemnité journalière ou perte de gain ne peuvent pas adhérer au contrat d'indemnité journalière.

Il faut dès lors analyser ces conditions générales à la lumière des art. 6, 97 et 98 LCA.

A suivre l'art. 98 LCA, ne peuvent être modifiées, par convention et au détriment du preneur d'assurance ou de l'ayant droit, certaines prescriptions légales, parmi lesquelles l'article 6 LCA. Comme le relèvent Schnyder et Grolimund, l'article 98 LCA, contribuant à assurer une protection suffisante du consommateur, rend inopérante, même nulle, toute disposition contractuelle qui lui serait contraire (Schnyder, Grolimund, in Honsell/Vogt/Schnyder, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, Bâle, 2001, n° 3ss ad art. 97-99 LCA). En d'autres termes, aucune disposition conventionnelle, que celle-ci figure dans le contrat d'assurance lui-même ou par renvoi aux conditions générales d'assurance, ne saurait déroger aux prescriptions légales impératives (art. 97 LCA) ou semi impératives (art. 98 LCA), en l'occurrence à l'article 6 LCA. Ainsi apparaît la nature de cette disposition : il s'agit d'une prescription de caractère semi impératif, qui peut faire l'objet d'une dérogation conventionnelle à la seule condition d'être en faveur de l'assuré (Brulhart, Droit des assurances privées, 2008, n° 500, p. 226 s.).

En l'espèce, l'art. 5 ch. 3 x.____ est une disposition conventionnelle en défaveur de l'assuré et ne peut dès lors déroger au contenu légal de l'art. 6 LCA. En effet, la modification législative du 17 décembre 2004 a introduit un régime plus favorable à l'assuré : elle a effacé la sanction de la réticence précédemment en vigueur, à savoir le droit de l'assureur de mettre fin au contrat ex tunc et l'obligation pour le preneur de restituer les prestations reçues, l'assureur conservant son droit à la prime convenue, et imposé à l'assureur de montrer l'existence d'un lien de

causalité entre le fait tu ou inexactement déclaré et le sinistre en cours pour refuser toute prestations (FF 2003, p. 3370 et p. 3419). La loi sur le contrat d'assurance protège ainsi l'assuré, lequel ne peut se voir opposer des dispositions conventionnelles contraires à l'art. 6 LCA (art. 98 LCA).

V. En conclusion, la demande, dont les conclusions ont été augmentées dans les plaidoiries finales, sera admise et les conclusions reconventionnelles rejetées.

VI. Par décision du 7 juin 2013, le demandeur a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire.

Me Joël Crettaz a produit sa liste des opérations en date du 28 avril 2014. Me Crettaz sera relevé de sa mission de conseil d'office et son indemnité d'office sera arrêtée à 1'874 fr. 85 [9h30 x fr. 180.- + 25 fr. 95 (débours) + 8%], TVA et débours compris.

VII. Conformément à l'art. 114 al. 1 lit. e CPC, aucun frais judiciaire n'est perçu pour les litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie.

Le demandeur, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens, arrêtés à fr. 3'619.-, TVA à 8% et débours compris (art. 5 TDC).

Par ces motifs,
le Tribunal,
statuant immédiatement à huis clos,

I.- **admet** la demande du 30 avril 2013 déposée par A.

II.- **rejette** les conclusions reconventionnelles du 18 juillet 2013 déposées
par X. Assurances ;

III.- **dit** que A. n'est pas le débiteur de
X. Assurances de la somme de 15'386 fr. 30 (quinze mille trois cent
huitante six francs et trente centimes) ;

IV.- **dit** que X. Assurances est la débitrice de A.
de la somme de fr. 59'079 fr. 40 (cinquante neuf mille septante
neuf francs et quarante centimes), avec intérêt à 5% l'an dès le 21 février 2013 ;

V.- **dit** que X. Assurances est la débitrice de A.
et lui doit immédiat paiement de la somme de 3'619 fr. (trois
mille six cent dix neuf francs), TVA à 8 % et débours compris, à titre de dépens ;

VI.- **fixe** l'indemnité de Me Joël Crettaz à 1'874 fr. 85 (mille huit cent
septante quatre francs et huitante cinq centimes) TVA et débours inclus et **dit** que
l'Etat, par le biais du Service juridique et législatif, est subrogé dans les droits de
A. s'il est amené à verser l'indemnité de 1'874 fr. 85
(mille huit cent septante quatre francs et huitante cinq centimes) ;

VII.- **dit** que A. , bénéficiaire de l'assistance
judiciaire, doit remboursement à l'Etat, dans la mesure de l'art. 123 CPC, de
l'indemnité allouée à Me Joël Crettaz, sous réserve de ce que l'Etat, par le biais du
Service juridique et législatif, aura recouvré à titre de dépens ;

VIII.- dit qu'il n'est pas perçu de frais judiciaires.

La Présidente:


S. Osojnak

La greffière:


C. Savary

Du **2 OCT. 2014**

Les motifs du jugement rendu le 18 juin 2014 sont notifiés au demandeur par l'intermédiaire de son conseil et à la partie défenderesse.

Un **appel** au sens des articles 308 ss CPC peut être formé dans un délai de **30 jours** dès la notification de la présente décision en déposant au greffe du Tribunal cantonal un mémoire écrit et motivé. La décision objet de l'appel doit être jointe.

Une fois définitif et exécutoire, il sera en outre communiqué à la FINMA et au Service juridique et législatif.

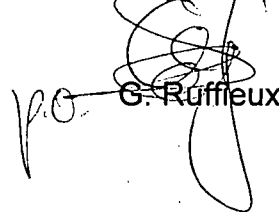
Copie certifiée conforme

Le greffier:





La première greffière :


G. Ruffieux

Du **10 NOV. 2014**

Le jugement qui précède est définitif et exécutoire dès le **06.11.2014**

Le greffier:



