[AZA 0/2]
5C.149/2000

IIe COUR CIVILE
****

30 octobre 2000

Composition de la Cour: MM. les juges Reeb, président,
Bianchi et Raselli. Greffier: M. Abrecht.

_____

Dans la cause civile pendante
entre
Y._____, demandeur et recourant, représenté par Me Philippe Nordmann, avocat à Lausanne,

et
La Caisse X._____, défenderesse et intimée;

(contrat d'assurance; réticence)
Vu les pièces du dossier d'où ressortent
les f a i t s suivants:

A.- Y._____, né en 1945, a adhéré le 21 novembre 1997 à la Caisse X._____ au titre de l'assurance-maladie sociale. Dans la demande d'affiliation qu'il a signée à cette occasion, il a indiqué, en réponse à des questions précises sur son état de santé, être en traitement pour le dos auprès du Dr Z._____, généraliste à Nyon.

B.- Le 11 février 1998, Y._____ a adressé à la Caisse X._____ une proposition d'assurance-maladie selon la LCA - désignée comme proposition de modification de police - pour une couverture perte de gain de 211 fr. par jour dès le 90e jour, couverture pour laquelle il a été admis dès le 1er mars 1998. Dans le questionnaire de santé annexé à cette proposition, il a répondu par la négative aux questions suivantes:
"Êtes-vous actuellement en traitement ou sous contrôle médical?" (1.2); "Avez-vous été en traitement hospitalier, en cure ou victime d'un accident ces 10 dernières années?" (1.3); "Souffrez-vous ou avez-vous souffert durant ces 10 dernières années des maladies suivantes? (...) affections dorsales, de la colonne vertébrale, hernie discale, sciatique, etc. " (2.10); "Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une maladie ou d'un trouble non mentionné ci-dessus?" (2.25). À la question "Avez-vous subi une incapacité de travail de plus de 4 semaines ces 5 dernières années?" (1.9), il a répondu avoir subi une incapacité de travail de 4 semaines pour une opération au doigt consécutive à un accident.

C.- Le 27 juin 1998, Y._____ est tombé malade et a adressé les certificats médicaux idoines à l'assureur.
Après avoir dans un premier temps alloué ses prestations, la Caisse X._____ a écrit le 26 janvier 1999 à Y._____ qu'elle excluait de son contrat l'assurance complémentaire d'indemnités journalières, pour le motif qu'elle avait été amenée à constater que l'affection dont son assuré souffrait actuellement était déjà existante lors de la signature de la proposition du 11 février 1998 et qu'elle n'avait pas été mentionnée dans les réponses au questionnaire; elle réclamait en outre le remboursement des prestations déjà servies par 2'254 fr.

L'assuré a par la suite appris que l'assureur avait recueilli des renseignements notamment auprès du Dr Z._____, qui avait répondu par lettre du 24 octobre 1998, complétée le 9 janvier 1999 sur demande de l'assureur. Dans son premier rapport, le Dr Z._____ a indiqué que l'assuré souffrait d'une hernie discale, que ses plaintes remontaient au 26 juin 1998 et qu'il ne s'agissait pas d'une récidive; il a en outre mentionné qu'il avait traité ce patient de temps en temps pour des lombalgies et que des radiographies lombaires avaient été effectuées

en 1993. Dans son second rapport du 9 janvier 1999, le Dr Z._____ a précisé que l'assuré souffrait depuis octobre 1993 de blocages lombaires, qui avaient nécessité un arrêt de travail du 12 novembre au 14 décembre 1993; le diagnostic posé à l'époque avait été, cliniquement, celui de lombalgies non spécifiques et, radiologiquement, d'une discrète arthrose de la colonne, débutante; s'agissant des radiographies lombaires effectuées en 1993, il a précisé que celles-ci avaient été demandées suite à un accident qui avait entraîné un arrêt de travail du 22 juin au 25 juillet 1993.

D.- Le 12 mai 1999, Y._____ a actionné la Caisse X._____ devant le Tribunal des assurances du canton de Vaud. Il concluait à ce qu'il soit prononcé que la défenderesse n'est pas en droit d'invoquer la réticence (I), que le demandeur ne doit pas rembourser à la défenderesse les indemnités versées par 2'254 fr. (II) et que dès le 1er janvier 1999, la défenderesse doit fournir les prestations assurées selon la police du 11 février 1998 (III). La défenderesse a conclu au rejet des conclusions de la demande et a pris reconventionnellement les conclusions inverses.

Par jugement du 31 janvier 2000, le Tribunal des assurances a rejeté les conclusions du demandeur et condamné celui-ci à payer à la défenderesse la somme de 2'254 fr.

E.- Agissant par la voie du recours en réforme au Tribunal fédéral, le demandeur sollicite la réforme de ce jugement dans le sens de l'admission des conclusions de la demande. La défenderesse propose le rejet du recours.

Considérant en droit :

1.- Le litige relatif à des prétentions fondées sur l'assurance complémentaire à l'assurance-maladie proposée par une caisse maladie constitue une contestation civile portant sur des droits de nature pécuniaire au sens de l'art. 46 OJ (ATF 124 III 44 consid. 1a/aa, 229 consid. 2b). Contrairement à ce que prescrit l'art. 51 al. 1 let. a OJ, le jugement attaqué ne constate pas si la valeur litigieuse exigée par l'art. 46 OJ est atteinte. Cette omission n'affecte toutefois pas la recevabilité du recours; en effet, le demandeur a mentionné dans son recours, conformément à l'art. 55 al. 1 let. a OJ, que la valeur litigieuse était atteinte, ce qui résulte du dossier et est admis par la défenderesse (ATF 81 II 413 consid. 1; cf. ATF 109 II 491 consid. c/ee). Formé en temps utile contre une décision finale prise par un tribunal suprême d'un canton et qui ne peut pas être l'objet d'un recours ordinaire de droit cantonal, le recours est donc recevable au regard des art. 46, 48 al. 1 et 54 al. 1 OJ.

2.- a) La cour cantonale a considéré que le demandeur avait commis une réticence, au sens de l'art. 6 LCA (RS 221. 229.1), en ne mentionnant pas, en réponse à la question 1.9 du questionnaire du 11 février 1998, qu'il avait été en arrêt de travail pendant plus de 4 semaines en juin/juillet 1993 à la suite d'un accident - qui aurait également dû être mentionné en réponse à la question 1.3 - puis en novembre/décembre 1993 en raison de lombalgies. Elle a en outre estimé que les troubles dorsaux présentés par le demandeur depuis 1993 auraient dû être annoncés en réponse à la question 2.10, que ces troubles soient qualifiés de lombalgies, de lumbagos ou de maux de dos (jugement attaqué, consid. 3a-b p. 7-9).

b) Les juges cantonaux ont relevé que si le demandeur avait fait état de ses problèmes de dos dans le questionnaire du 21 novembre 1997, il n'y avait pas déclaré, en réponse à la question 1.3, l'accident de 1993, ni, en réponse à la question 1.9, les deux arrêts de travail de plus de 4 semaines en 1993 (jugement attaqué, consid. 3c p. 9/10).

c) La cour cantonale a retenu que la défenderesse, par sa lettre du 26 janvier 1999, s'était départie du contrat dans les quatre semaines dès la connaissance de la réticence, conformément à l'art. 6 LCA. En effet, les indications données par le Dr Z._____ dans son rapport du 24 octobre 1998 ne permettaient à la défenderesse que de présumer l'existence d'une réticence; en particulier, le rapport ne la renseignait pas sur les raisons pour lesquelles une radiographie dorsale avait été effectuée en 1993, le diagnostic de l'affection, le traitement s'y rapportant et les incapacités de travail en découlant. Ce n'est qu'à réception du rapport complémentaire établi le 9 janvier 1999 qu'elle a été dûment renseignée sur les éléments constitutifs de la réticence (jugement attaqué, consid. 4 p. 10-12).

3.- a) Le demandeur fait valoir que la "déclaration de réticence" du 26 janvier 1999 ne fait référence qu'aux lombalgies et non aux périodes d'incapacités de travail de plus de quatre semaines survenues en 1993. De plus, même les lombalgies n'avaient rien à voir avec le motif de réticence invoqué, à savoir une hernie discale. Or à l'instar des motifs invoqués par un bailleur dans une notification de hausse de loyer, les motifs de réticence invoqués par l'assureur lieraient définitivement celui-ci.

Ces critiques sont dénuées de pertinence. En effet, il suffit que l'assureur qui entend se prévaloir de l'art. 6 LCA ait, dans le délai prévu, contesté en termes non équivoque son obligation de payer, en faisant état des fausses dé-clarations du proposant; si l'assureur se réfère à une cause précise de réticence lors même qu'il n'est pas tenu d'indiquer les motifs de sa décision, il ne se prive pas de la possibilité d'en faire valoir d'autres devant le juge (Viret, Droit des assurances privées, 3e éd., 1991, p. 103; cf. ATF 53 II 167). Par ailleurs, il n'est pas nécessaire qu'il existe un lien de causalité entre le fait caché ou inexactement déclaré et le sinistre (ATF 92 II 342 consid. 4; Viret, op.
cit. , p. 102; Maurer, Schweizerisches Privatversicherungs-recht, 3e éd., 1995, p. 255/256).

b) Le demandeur reproche aux juges cantonaux d'avoir omis à tort d'appliquer l'art. 8 ch. 3 LCA, selon lequel l'assureur ne peut se départir du contrat s'il connaissait ou devait connaître le fait qui n'a pas été déclaré. Or le demandeur avait déjà évoqué ses maux de dos dans le précédent questionnaire de santé du 21 novembre 1997.

Même si la défenderesse devait se voir imputer une connaissance antérieure des lombalgies qui n'ont pas été déclarées dans le questionnaire de santé du 11 février 1998, il n'en demeure pas moins qu'elle n'avait aucune connaissance de l'accident de 1993 ni des deux périodes d'incapacités de travail de plus de quatre semaines survenues en 1993. Or il s'agissait également de faits au sujet desquels l'assureur avait posé par écrit des questions précises, non équivoques, et qui étaient dès lors réputés importants au sens des art. 4 et 6 LCA. L'omission de les déclarer permettait ainsi à la défenderesse de se départir du contrat, lors même qu'elle l'a fait sans invoquer précisément ces causes de réticence dans sa lettre du 26 janvier 1999 (cf. consid. 3a supra).

c) Le demandeur soutient que la question 2.10 du questionnaire de santé ("Souffrez-vous ou avez-vous souffert durant ces 10 dernières années des maladies suivantes? (...) affections dorsales, de la colonne vertébrale, hernie discale, sciatique, etc. ") n'était pas suffisamment précise et univoque pour embrasser les "banales lombalgies" dont il avait souffert par le passé, qui ne seraient ni une "affec-tion", ni une "maladie".

Ce grief est sans pertinence dès lors que les autres omissions de déclarer des faits importants - à savoir l'accident de 1993 et les incapacités de travail de plus de quatre semaines en 1993 - permettaient en elles-mêmes à la défenderesse de se départir du contrat (cf. consid. 3b supra); il est au surplus dénué de fondement. En effet, selon la définition communément admise, on entend par maladie toute atteinte à la santé qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail (cf. art. 2 al. 1 LAMal, RS 832. 10). Or il est cons-tant que les "banales lombalgies" dont le demandeur avait souffert par le passé, et qui constituaient indubitablement selon le sens commun des "affections dorsales", avaient notamment provoqué une incapacité de travail de plus d'un mois en novembre/décembre 1993.

d) Selon le demandeur, les juges cantonaux auraient omis à tort d'appliquer l'art. 8 ch. 1 LCA, qui exclut que l'assureur puisse se départir du contrat si le fait qui a été l'objet de la réticence a cessé d'exister avant le sinistre.
Or en l'espèce, les problèmes dorsaux du demandeur étaient en rémission depuis un certain temps, de sorte qu'il pouvait de bonne foi répondre négativement à la question y relative.

Outre le fait que le demandeur avait manifestement considéré les choses de manière différente à peine trois mois plus tôt en mentionnant en réponse au questionnaire de santé du 21 novembre 1997 des maux de dos traités jusqu'à fin novembre 1997, la jurisprudence qu'il cite à l'appui de son grief ne lui est d'aucun secours. En effet, dans l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances publié in SZS 1998 p. 372, qui concernait des problèmes dorsaux en rémission depuis neuf mois, la question à laquelle le proposant avait soi-disant donné une réponse

inexacte ne portait pas sur le point de savoir s'il avait souffert durant ces dix dernières années d'affections dorsales, mais s'il se considérait comme étant en bonne santé ("gesund") et pleinement capable de travailler ("voll arbeitsfähig"). Il en allait de même dans l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances publié in SZS 1998 p. 310, ainsi que selon toute vraisemblance dans l'arrêt genevois résumé in SJ 1998 p. 431 n°78.

e) Selon le demandeur, le délai de quatre semaines de l'art. 6 LCA courait dès la réception du rapport du Dr Z._____ du 24 octobre 1998, qui évoquait clairement des problèmes dorsaux en 1985 et en 1993, pour lesquels le rapport complémentaire du 9 janvier 1999 n'apportait aucun élément nouveau. Dès lors, l'invocation de la réticence par l'assureur, qui date du 26 janvier 1999, serait tardive.

Le délai de péremption de l'art. 6 LCA ne commence à courir que lorsque l'assureur est complètement orienté sur tous les points concernant la réticence et qu'il en a une connaissance effective complète, un simple doute à cet égard étant insuffisant (ATF 118 II 338 consid. 3; 116 V 229 consid. 6a). Lorsque l'assureur a connaissance successivement, à des dates différentes, de diverses réticences concernant des faits importants et distincts, un délai autonome court pour chacune des réticences, à partir du moment où l'assureur en a connaissance; même si le délai pour invoquer une certaine réticence n'a pas été respecté, l'assureur conserve le droit de se départir du contrat en se fondant sur une autre réticence portant sur un fait important et distinct, dans un nouveau délai partant dès le jour où il en a connaissance (ATF 109 II 159 consid. 2c).

En l'espèce, il est constant que ce n'est que par le rapport complémentaire établi le 9 janvier 1999 par le Dr Z._____ que la défenderesse a eu connaissance de l'accident de 1993 ainsi que des deux périodes d'incapacités de travail de plus de quatre semaines survenues en 1993, qui, comme on l'a vu (cf. consid. 3b supra), constituaient des causes de réticence distinctes permettant à la défenderesse de se départir du contrat. Or celle-ci s'est prévalu de la réticence dans un délai de quatre semaines dès la connaissance de ces nouveaux éléments. Comme il a déjà été exposé (cf. consid. 3a-b supra), peu importe qu'elle n'ait pas invoqué précisément ces causes de réticence dans sa lettre du 26 janvier 1999.

4.- En définitive, le recours se révèle mal fondé et doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation du jugement attaqué. Le demandeur, qui succombe, supportera les frais judiciaires (art. 156 al. 1 OJ). En revanche, il n'aura pas à verser une indemnité de dépens à la défenderesse, qui n'est pas représentée par un avocat et n'a pas réclamé le remboursement de débours, ni fait valoir des circonstances particulières justifiant l'octroi d'une indemnité pour perte de temps ou de gain (art. 159 al. 1 et 2, art. 160 OJ, art. 1er al. 2 et art. 2 du tarif pour les dépens alloués à la partie adverse dans les causes portées devant le Tribunal fédéral [RS 173. 119.1]; ATF 113 Ib 353 consid. 6b p. 357).
Par ces motifs,

le Tribunal fédéral :

1. Rejette le recours et confirme le jugement attaqué.

2. Met un émolument judiciaire de 3'000 fr. à la charge du demandeur.

3. Communique le présent arrêt en copie aux parties et au Tribunal des assurances du canton de Vaud.

_____
Lausanne, le 30 octobre 2000 ABR/frs

Au nom de la IIe Cour civile
du TRIBUNAL FEDERAL SUISSE :
Le Président,

Le Greffier,