Urteilskopf

125 V 292

46. Extrait de l'arrêt du 30 août 1999 dans la cause V. contre Mutuelle Valaisanne, Caisse-maladie, et Tribunal des assurances du canton du Valais
Regeste (de):
Art. 69 KVG: Versicherungsvorbehalt.

Der Begriff der Anzeigepflichtverletzung behält gleich wie die unter der Herrschaft des alten Rechts zu Art. 5 Abs. 3 KUVG entwickelten juristischen Grundsätze im Wesentlichen seine Gültigkeit auch im Bereich des KVG, soweit es um die Möglichkeit der Anbringung von Vorbehalten in der freiwilligen Taggeldversicherung geht; Folgen bei unterbliebener Antwort des Versicherten auf eine ihm gestellte Frage.

Regeste (fr):
Art. 69 LAMal: réserve d'assurance.

La définition de la réticence, de même que les principes jurisprudentiels développés à propos de l'art. 5 al. 3 LAMA sous l'empire de l'ancien droit, restent pour l'essentiel applicables sous le régime de la LAMal, en ce qui concerne la possibilité d'instaurer des réserves dans l'assurance facultative d'indemnités journalières; conséquences d'un défaut de réponse à une question de la part de l'assuré.

Regesto (it):
Art. 69 LAMal: riserva d'assicurazione.

La definizione della reticenza così come i principi giurisprudenziali sviluppati intorno all'art. 5 cpv. 3 LAMI sotto l'imperio del vecchio diritto rimangono essenzialmente applicabili sotto il regime della LAMal per quel che concerne la possibilità di instaurare delle riserve nell'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera; conseguenze della mancata risposta a una domanda da parte dell'assicurato.

Sachverhalt ab Seite 292

A.- V., né en 1953, a conclu avec la Mutuelle Valaisanne, Caisse-maladie, une assurance d'une indemnité journalière pour perte de gain en cas de maladie. Le montant assuré était de 51 fr. 60 par jour, avec un délai d'attente de 30 jours. L'assurance a pris effet le 1er mars 1997. Elle était grevée d'une réserve, d'une durée de cinq ans, pour "status après lésion du plexus brachial gauche". Cette assurance faisait suite à une "Proposition d'assurance et déclaration d'adhésion" remplie et signée par l'assuré le 3 mars 1997, qui contenait un questionnaire médical. L'assuré a répondu "non" aux questions: "Etes-vous en parfaite santé?" et "Un traitement médical ou une hospitalisation sont-ils envisagés ou prévisibles?". A la question lui demandant s'il avait été hospitalisé ou s'il avait subi un traitement médical, il a répondu par l'affirmative, en précisant qu'il avait souffert d'une lésion du plexus brachial gauche, pour laquelle il avait été traité en 1996 et dont les séquelles avaient justifié le versement d'une demi-rente d'invalidité. Il a en outre répondu "non" à la question "Avez-vous suivi un traitement psychothérapeutique?". Il n'a pas répondu à la question: "Envisagez-vous de suivre un traitement psychothérapeutique?".

B.- Le 16 juillet 1997, la Mutuelle Valaisanne a reçu un certificat médical établi par le docteur H., spécialiste FMH en psychiatrie et en psychothérapie. Selon ce certificat, V. était totalement incapable de travailler pour la période du 16 juillet 1997 au 4 août 1997. Donnant suite à une demande de la Mutuelle Valaisanne, le docteur H. a répondu, le 17 septembre 1997, à un questionnaire destiné au médecin-conseil de celle-ci et dans lequel il a posé le diagnostic de dépression réactionnelle. Les premiers symptômes perceptibles pour le patient étaient apparus au début du mois de mars 1997. Un premier traitement avait été entrepris le 11 février 1997. Le patient avait eu connaissance du diagnostic de son affection "dès le début". Par décision du 2 octobre 1997, la Mutuelle Valaisanne a grevé l'assurance en cours d'une nouvelle réserve, rétroactive, valable du 1er mars 1997 au 28 février 2002, pour "dépression réactionnelle". Saisie d'une opposition de l'assuré, la Mutuelle Valaisanne l'a rejetée, par une nouvelle décision, du 29 janvier 1998.

C.- Par jugement du 20 octobre 1998, le Tribunal des assurances du canton du Valais a rejeté le recours formé contre cette décision par V.

D.- V. interjette un recours de droit administratif dans lequel il conclut, implicitement, à la suppression de toute réserve pour dépression réactionnelle et au versement d'indemnités journalières pour la durée de son incapacité de travail (deux mois). La Mutuelle Valaisanne conclut au rejet du recours, tandis que l'Office fédéral des assurances sociales ne s'est pas déterminé à son sujet.

Erwägungen

Extrait des considérants:

2. Selon l'art. 69 LAMal, les assureurs peuvent exclure de l'assurance facultative d'indemnités journalières, par une clause de réserve, les maladies existant au moment de l'admission; il en va de même pour les maladies antérieures si, selon l'expérience, une rechute est possible (al. 1). Les réserves sont caduques au plus tard après cinq ans; avant l'échéance de ce délai, l'assuré peut fournir la preuve que la réserve n'est plus justifiée (al. 2). La réserve n'est valable que si elle est communiquée par écrit à l'assuré et qu'elle précise le début et la fin de sa validité ainsi que le type de maladie qu'elle concerne (al. 3). Les 1er à 3ème alinéas sont applicables par analogie en cas d'augmentation du montant des indemnités journalières ou de réduction du délai d'attente (al. 4).

Selon la jurisprudence rendue à propos de l'art. 5 al. 3 LAMA, si la caisse n'a pas formulé de réserve lors de l'admission ou de l'augmentation des prestations assurées, elle ne peut le faire après coup (dans un certain délai) qu'en cas de réticence (ATF 110 V 309 consid. 1). La jurisprudence a qualifié de réticence le fait de ne pas annoncer à la caisse, en la passant sous silence de manière fautive, une maladie existante ou une maladie antérieure sujette à rechute que l'assuré connaissait ou aurait dû connaître en faisant preuve de l'attention que l'on pouvait exiger de lui (ATF 124 V 120 consid. 3b, ATF 111 V 28 consid. 1b, ATF 110 V 310 consid. 1 in fine). Cette définition, de même que les principes jurisprudentiels développés à propos de l'art. 5 al. 3 LAMA sous l'empire de l'ancien droit, restent pour l'essentiel applicables sous le régime de la LAMal (entrée en vigueur le 1er janvier 1996), en ce qui concerne la possibilité d'instaurer des réserves dans l'assurance facultative

d'indemnités journalières (BORELLA, L'affiliation à l'assurance-maladie sociale suisse, thèse Genève 1993, p. 403 sv.; EUGSTER, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], ch. 363 ss; MAURER, Das neue Krankenversicherungsrecht, p. 111 note 272; cf. aussi RAMA 1997 no K 984 p. 121 consid. 4d). En effet, en ce domaine, l'ancienne réglementation (art. 5 al. 3 LAMA; art. 2 de l'Ord. III sur l'assurance-maladie concernant les prestations des caisses-maladie et fédérations de réassurance reconnues par la Confédération du 15 janvier 1965) a été reprise dans ses grandes lignes à l'art. 69 LAMal (voir au surplus le Message du Conseil fédéral concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991, FF 1992 I 182).

3. a) Les premiers juges considèrent que le recourant a commis une réticence en répondant par la négative à la question lui demandant si un traitement médical ou une hospitalisation étaient envisagés ou prévisibles et en ne répondant pas à celle lui demandant s'il envisageait de suivre un traitement psychothérapeutique. En effet, constate la juridiction cantonale, il ressort du rapport du docteur H. du 17 septembre 1997 que le premier traitement a eu lieu le 11 février 1997 et que l'assuré a eu connaissance "dès le début" des symptômes de sa maladie; il avait donc l'obligation d'en signaler l'existence dans le questionnaire qu'il a rempli le 3 mars 1997. Le recourant objecte qu'il a consulté le docteur H., le 11 février 1997, pour des motifs professionnels, alors qu'il était à la recherche d'un emploi (il venait de terminer un emploi semi-protégé d'une année). A cette époque, il n'était pas encore question de traitement médical. Ses allégués sont

corroborés par le docteur H. Celui-ci a précisé, dans deux nouvelles attestations, des 10 et 16 octobre 1997, que lors de la première consultation (du 11 février 1997), le patient était asymptomatique. Aucun médicament ne lui a été prescrit à cette occasion. La discussion sur les problèmes de chômage de l'intéressé a été reportée à une deuxième consultation, le 28 février 1997. Le 6 mars 1997, le patient est apparu dépressif et désespéré, de sorte qu'une médication anti-dépressive lui a été prescrite. C'est ce jour-là également que le diagnostic de dépression réactionnelle a été posé, cette dépression étant attribuable à une "dégradation socioprofessionnelle". b) Il n'y a pas de raison de mettre en doute la véracité des déclarations de ce médecin. Contrairement à l'opinion des premiers juges, elles ne sont pas vraiment en contradiction avec les déclarations faites par le même praticien dans son rapport initial du 17 septembre 1997. Ce premier rapport était fort sommaire et appelait des précisions. La mention par le docteur H. de la date du 11 février 1997 sous la question "Date du premier traitement de cette affection par vos soins?" peut être comprise, vu les précisions apportées ultérieurement, comme étant la date de la première consultation. Du reste, dans ce rapport initial, le médecin situe au début du mois de mars 1997 la date d'apparition des premiers symptômes perceptibles pour le patient. Ainsi donc, si l'on s'en tient aux déclarations du docteur H., on ne peut pas tenir pour établi, du moins pas avec un degré de vraisemblance prépondérante - conformément à la règle de preuve généralement appliquée en matière d'assurances sociales (voir par ex. ATF 121 V 47 consid. 2a, 208 consid. 6b) - que l'assuré était déjà au bénéfice d'un traitement médical le 3 mars 1997 ni même qu'un traitement médical était à cette époque envisagé ou prévisible. On ne saurait ainsi retenir qu'il a commis à cet égard une réticence. c) Le fait que le recourant a consulté à deux reprises le docteur H. antérieurement à la date à laquelle il a rempli la proposition d'assurance ne suffit pas pour lui imputer une réticence. Qu'une personne au chômage, qui connaît de surcroît des difficultés de réadaptation en raison d'un handicap, consulte à une ou deux reprises un psychiatre pour certains problèmes liés à l'insécurité de sa situation socioprofessionnelle n'est pas révélateur, en soi, de premières manifestations d'une dépression. Le fait, à lui seul, ne permet pas encore d'admettre que cette personne souffre d'une maladie, au sens de l'art. 2 al. 1 LAMal, qui exige un traitement médical ou risque de

provoquer une incapacité de travail (cf. EUGSTER, op.cit., ch. 364; comp. avec l'arrêt ATF 109 V 36 où le grand nombre et la fréquence des consultations auprès d'un psychiatre devaient faire comprendre à l'assurée qu'on était en présence d'un véritable traitement médical et non pas d'entrevues informelles du genre de celles que l'on peut avoir avec une personne de confiance). d) Le recourant, il est vrai, n'a pas répondu à la question lui demandant s'il envisageait de suivre un traitement psychothérapeutique (peut-être pensait-il alors que cette éventualité n'était pas à exclure). Mais, contrairement à ce que retiennent les premiers juges, l'absence de réponse à une question n'est pas, en soi, constitutive d'une réticence. Il en va autrement lorsque, d'après les autres déclarations de l'assuré, la question doit être considérée comme ayant reçu une réponse dans un sens déterminé et que cette réponse apparaît comme une réticence sur un fait que l'intéressé connaissait ou devait connaître. Cette dernière situation est donnée lorsque la question qui n'a pas reçu de réponse est en rapport si étroit avec une autre question à laquelle il a été répondu qu'une réponse tacite à la première en résulte (consid. 2 non publié de l'arrêt ATF 110 II 499; RJAM 1983 no 537 p. 142; ROELLI/KELLER, Kommentar zum Versicherungsvertragsgesetz, vol. I, p. 167; BORELLA, op.cit., p. 227). En dehors de cette hypothèse, non réalisée en l'espèce, la caisse exigera en général de l'assuré qu'il complète la formule, si elle y voit un intérêt; si elle s'abstient de le faire, elle en supportera les conséquences (RJAM 1983 no 537 p. 143 consid. 2). En l'occurrence, l'intimée n'a pas demandé un tel complément.

4. Dans de telles circonstances, la caisse n'était pas en droit d'instituer la réserve litigieuse. Le recours de droit administratif est ainsi bien fondé et il appartiendra à l'intimée de se prononcer sur le droit aux indemnités journalières prétendues.