

CHAMBRE DES RECOURS CIVILE

Arrêt du 29 janvier 2014

Présidence de M. WINZAP, président
Juges : M. Giroud et Mme Charif Feller
Greffière : Mme Vuagniaux

Art. 4 al. 1, 6 al. 1 et 8 ch. 3 LCA ; 84a LAMal

Statuant à huis clos sur les recours interjetés par **Y._____SA**,
à [...], défenderesse, et **P._____**, à Gilly, demandeur, contre le jugement
rendu le 29 avril 2013 par la Juge de paix du district de Nyon dans la cause
divisant les recourants entre eux, la Chambre des recours civile du
Tribunal cantonal voit :

En fait :

A. Par jugement du 29 avril 2013, dont la motivation a été envoyée le 25 juillet 2013 pour notification, la Juge de paix du district de Nyon a prononcé que Y._____SA doit verser à P._____ les sommes de 4'894 fr. 90 plus intérêt à 5 % l'an dès le 7 mai 2011, 3'855 fr. plus intérêt à 5 % l'an dès le 19 mai 2011 et 1'600 fr. plus intérêt à 5 % l'an dès le 30 juillet 2011, sous déduction de 1'699 fr. 20 (I), qu'il n'est pas perçu de frais judiciaires (II), que la défenderesse versera au demandeur la somme de 3'000 fr. à titre de dépens pour le défraiement de son représentant professionnel (III) et que toutes autres ou plus amples conclusions sont rejetées (IV).

En droit, le premier juge a retenu que la lettre de résiliation de Y._____SA du 21 avril 2011 concernant l'assurance-maladie complémentaire en division semi-privée de P._____ n'était pas motivée avec précision et ne mentionnait pas de façon circonstanciée en quoi consistait l'inexactitude commise par l'assuré dans la proposition d'assurance signée le 14 décembre 2010, de sorte que la résiliation était nulle. Il a aussi considéré qu'aucun cas de réticence n'était réalisé puisque lorsqu'il avait signé la proposition d'assurance, l'assuré avait répondu de bonne foi par la négative à la question de savoir s'il était en traitement médical ou pas. Même si un cas de réticence était réalisé, la demande de P._____ tendant au paiement des frais relatifs à son opération des varices de mars 2011 devait de toute manière être admise pour deux motifs : d'une part parce que l'assurance complémentaire aurait pu prendre des renseignements auprès de l'assurance obligatoire des soins à laquelle était affilié l'assuré, car les deux entités faisaient partie du même groupe, d'autre part parce que le délai de quatre semaines pour invoquer le cas de réticence était échu.

B. a) Par acte du 13 septembre 2013, Y._____SA a recouru contre ce jugement en concluant, avec suite de frais et dépens, à son annulation, à ce que P._____ soit débouté de toutes ses conclusions, à

ce que la résiliation pour réticence du contrat de P._____ soit admise et à ce que celui-ci soit condamné aux frais et dépens.

Dans sa réponse du 20 novembre 2013, P._____ a conclu, avec dépens, au rejet du recours de Y._____SA.

b) Par acte du 17 septembre 2013, P._____ a recouru contre ce jugement en concluant, avec dépens, à sa réforme en ce sens que le montant alloué à titre de dépens de première instance est de 5'355 fr., plus TVA de 428 fr. 40.

Dans sa réponse du 9 janvier 2014, Y._____SA a conclu au rejet du recours de P._____.

C. La Chambre des recours civile fait sien dans son entier l'état de fait du jugement, complété par les pièces du dossier, dont il ressort notamment ce qui suit :

1. P._____, né le [...] 1963, est cuisinier restaurateur. Il est assuré pour l'assurance-maladie obligatoire des soins auprès d'X._____SA, membre de Y._____SA. X._____SA et Y._____SA ont la même adresse postale, disposent des mêmes lignes téléphoniques et emploient les mêmes collaborateurs. Les raisons sociales de ces deux entités juridiques sont mentionnées sur le papier à en-tête utilisé pour la correspondance.

2. Dans un rapport du 7 janvier 2000 établi à la demande de Y._____SA, le Dr A._____ a indiqué que P._____ avait été hospitalisé du 7 au 9 décembre 1998 pour crossectomie, stripping et phlébectomies étagées bilatérales et que les contrôles post-opératoires étaient en ordre. Son diagnostic était le suivant : « status variqueux bilatéral sur insuffisance des veines internes ».

Dans un rapport médical du 15 janvier 2000 établi à la demande de Y. _____ SA, le Dr [...] a mentionné que P. _____ souffrait de varices et avait subi un stripping en décembre 1998.

3. Le 29 novembre 2010, le Dr B. _____, spécialiste FMH en chirurgie cardio-vasculaire, a diagnostiqué chez P. _____ une insuffisance veineuse récidivante des deux membres inférieurs. Il l'a envoyé à la consultation du Dr C. _____, spécialiste FMH en angiologie.

Dans un rapport du 6 décembre 2010 adressé au Dr B. _____, le Dr C. _____ a posé le diagnostic d'insuffisance veineuse superficielle des membres inférieurs avec : 1. récurrence de varices aux deux membres inférieurs sur néocrosse saphène bilatérale ; 2. perforante musculaire de cuisse incontinente de petit calibre au membre inférieur droit et 3. status après crossectomie, stripping long bilatéral de la grande veine saphène et phlébectomies jambières étagées des deux côtés en 1998. Ce spécialiste a indiqué que P. _____ ne suivait aucun traitement. Il a conclu son rapport comme il suit :

« Ton patient présente effectivement une récurrence de varices bilatérales, un peu plus marquée au membre inférieur droit. Les alternatives thérapeutiques sont soit la poursuite d'un traitement conservateur par port d'une compression élastique de classe II sous forme de chaussettes que j'ai déjà prescrites au patient, soit une nouvelle intervention chirurgicale (révision des deux jonctions saphéno-fémorales, stripping des trajets veineux intra-fasciaux et phlébectomies étagées des trajets variqueux sous-cutanés) ; compte tenu de l'activité professionnelle du patient qui travaille dans un environnement chaud et en position debout, le port de la compression élastique à long terme risque d'être mal toléré, raison pour laquelle je te propose de discuter avec lui de la deuxième solution de traitement. »

P. _____ a acheté les deux paires de chaussettes de compression prescrites par le Dr C. _____ à [...], à Nyon.

Dans sa facture du 17 décembre 2010, le Dr C._____ a notamment indiqué comme poste de charges : « consilium par le spécialiste, par période de 5 min. ». D'après l'extrait du TARMED, version tarifaire 01.07.00 valable du 1^{er} avril 2010 au 31 mai 2012, le « consilium » comprend l'entretien et les examens éventuels, l'étude du dossier médical, la recherche d'informations auprès de tiers, la documentation, ainsi que le rapport écrit au spécialiste demandant conseil. Un « consilium » ne comprend en revanche pas le cas où un patient est confié à un spécialiste pour l'exécution exclusive de prestations spéciales et/ou un traitement ou une thérapie. Pour ces prestations, la consultation de base et les prestations spéciales en question peuvent être facturées.

4. Le 14 décembre 2010, P._____ a rempli et signé une proposition d'assurance complémentaire selon la LCA (loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance ; RS 221.229.1) intitulée « HC Assurance combinée d'hospitalisation ». Cette assurance privée maladie/accident offrait une couverture en division semi-privée dans les hôpitaux suisses. P._____ a indiqué que son médecin généraliste était le Dr D._____, à Rolle.

A la question 5b « Etes-vous actuellement ou avez-vous été en traitement au cours des 5 dernières années auprès d'un médecin, d'un psychiatre, d'un psychologue, d'un psychothérapeute, d'un physiothérapeute, d'un chiropraticien, d'un naturopathe ou d'un thérapeute en médecines alternatives ? », P._____ a répondu par la négative.

La demande d'assurance de P._____ a été acceptée. Selon la « police/attestation d'assurance 2011 », l'intéressé était assuré du 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2015, avec prolongation tacite d'une année. S'appliquaient les conditions générales, édition 1.7.2000, et les conditions particulières, édition 1.7.2000. La prime mensuelle était de 106 fr. 20.

Les conditions générales disposaient notamment ce qui suit :

Art. 1 ch. 1

Pour autant que les conditions du contrat ne prévoient pas de dérogation, le contrat d'assurance est régi par les prescriptions de la LCA.

Art. 10

Si le preneur d'assurance a, lors de la conclusion du contrat d'assurance, omis de déclarer ou inexactement déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître (réticence), l'assureur est en droit de résilier le contrat, par écrit, dans les quatre semaines à partir du moment où il a eu connaissance de la réticence.

Art. 17 ch. 2

Les prestations couvertes sont payables après réception par l'assureur de tous les renseignements et documents qui lui permettent de se convaincre du bien-fondé et de l'importance des prétentions.

5. P._____ a été hospitalisé à la Clinique [...] du 21 au 22 mars 2011. Il a été opéré par le Dr B._____ pour une cure de varices bilatérales des deux membres inférieurs avec révision des crosses des deux côtés.

6. Donnant suite le 11 avril 2011 à la requête de Y._____SA, le Dr B._____ a indiqué que P._____ souffrait d'une insuffisance veineuse récidivante des deux membres inférieurs, que l'apparition des premiers symptômes perceptibles par le patient dataient d'environ deux ans, que le premier traitement pour cette affection datait de 1998, que l'intéressé avait subi une crossectomie et saphénectomie interne des deux côtés par le Dr A._____ à l'hôpital de [...] en 1998, que le patient avait eu connaissance du diagnostic précis de son affection le 29 novembre 2010 et que le pronostic quant à l'évolution de l'affection était bon.

7. Par courrier recommandé du 21 avril 2011, Y._____SA a résilié le contrat d'assurance complémentaire de P._____ avec effet au 30 avril 2011, au motif que ce dernier souffrait d'une insuffisance veineuse

récidivante des deux membres inférieurs depuis des années, qu'il n'avait pas mentionné cette affection dans la proposition d'assurance du 14 décembre 2010 et que cela constituait une réticence au sens de l'art. 6 al. 1 LCA.

Par lettre du 5 mai 2011, P. _____ a contesté l'existence d'un cas de réticence. Il a soutenu qu'il ne souffrait pas d'insuffisance veineuse, qu'il avait été opéré des varices afin d'éviter des conséquences aggravantes, qu'il ne souffrait pas de varices depuis plusieurs années mais que celles-ci s'étaient développées quelques mois avant l'intervention à cause de sa profession de cuisinier et que sa déclaration au chiffre 5b de la proposition d'assurance du 14 décembre 2010 était exact, dès lors qu'il n'avait pas subi d'opération depuis plus de douze ans.

Le 6 juin 2011, Y. _____ SA a maintenu le contenu de sa lettre du 21 avril 2011 en précisant que le Dr B. _____ avait posé le diagnostic d'insuffisance veineuse récidivante des deux membres inférieurs le 29 novembre 2010 et que le Dr C. _____ avait effectué une sonographie du système veineux superficiel des membres inférieurs le 6 décembre 2010, soit avant la signature du contrat le 14 décembre 2010.

Le 14 juin 2011, P. _____ a répondu en faisant valoir que sa visite auprès du Dr B. _____ était un contrôle et non un traitement. L'assurance a confirmé sa position le 27 juin 2011.

Selon un décompte établi le 18 juillet 2011, Y. _____ SA a refusé de prendre en charge la somme de 4'894 fr. 90 relative au séjour de l'assuré à la Clinique [...] et le montant de 3'855 fr. correspondant aux prestations effectuées par le Dr B. _____. L'assurance a également refusé de payer les frais d'anesthésie de 1'600 fr. du Dr [...].

Après un nouvel examen du dossier, l'assurance a confirmé la résiliation du contrat le 23 décembre 2011.

8. P._____ a déposé une requête de conciliation le 20 mars 2012. La conciliation n'ayant pas abouti, la Juge de paix du district de Nyon a délivré une autorisation de procéder le 30 mai 2012.

Par demande du 30 août 2012, P._____ a conclu à ce qu'il soit constaté que son contrat d'assurance complémentaire en division semi-privée dans les hôpitaux suisses n'a pas été valablement résilié et au paiement des trois factures litigieuses, avec intérêt à 5 % l'an, sous déduction de 1'699 fr. 20 à titre de primes d'assurance.

Dans sa réponse du 10 octobre 2012, Y._____SA a conclu à ce que P._____ soit débouté de toutes ses conclusions et condamné aux frais et dépens.

9. Sur demande de P._____, la Juge de paix du district de Nyon a ordonné, le 4 décembre 2012, à Y._____SA la production de la pièce 53, soit « l'intégralité du dossier de P._____ pour les années 2010 et 2011, comprenant notamment la preuve de la date de la réception des documents concernant les consultations de P._____ auprès du Dr B._____, dès le 29 novembre 2010, du Dr C._____, le 6 décembre 2010, et l'obtention de deux paires de bas compressifs, selon facture du 9 décembre 2010 de [...]. » La juge de paix a renouvelé son ordonnance par lettres des 28 janvier et 11 mars 2013, dès lors que toutes les pièces n'avaient pas été produites. Y._____SA a produit le solde des pièces requises le 4 avril 2013, à savoir les pièces selon lesquelles elle avait reçu la facture du Dr C._____ le 29 décembre 2010 et celle du Dr B._____ le 21 janvier 2011.

10. L'audience de jugement a eu lieu le 13 décembre 2012. Y._____SA a alors requis l'assignation du Dr C._____. P._____ s'y est opposé. La juge de paix a suspendu l'audience afin de permettre l'assignation du Dr C._____.

L'audience de jugement a été reprise le 18 avril 2013. Entendu en qualité de témoin, le Dr C._____ a déclaré que le demandeur lui avait

été adressé en 2010 par le Dr B._____ pour un bilan de varices et d'insuffisance veineuse superficielle. Il a expliqué qu'à l'issue d'une consultation, un rapport médical était en règle générale établi à l'intention du médecin qui avait adressé le patient et que le rapport comprenait en principe deux options thérapeutiques, à savoir un traitement conservateur ou une intervention chirurgicale. Il a exposé que sa spécialité consistait à faire une échographie des vaisseaux et à dire quelles étaient les veines réellement malades. Le Dr B._____ avait eu besoin de ses services pour avoir un « mapping » veineux (cartographie des veines) et confirmation du diagnostic d'insuffisance veineuse. Il était possible que le demandeur soit sorti de sa consultation en pensant qu'il ne serait pas opéré, mais celui-ci savait qu'il avait un problème veineux et qu'un traitement allait s'imposer, que ce soit sous forme d'opération ou de mesures thérapeutiques conservatoires. Il ne se souvenait pas avoir dit au demandeur qu'une intervention chirurgicale serait nécessaire ou qu'il donnait la préférence à une telle intervention. Il était possible que le Dr B._____ ait fait son diagnostic d'insuffisance veineuse sans en informer son patient et le demandeur ne pouvait pas penser qu'il allait subir une opération dans les mois suivants la consultation, car il n'était jamais urgent d'opérer les veines superficielles, excepté en cas d'ulcère veineux ou de thrombose veineuse superficielle. Si son rapport était adressé au Dr B._____, cela ne voulait pas dire qu'il avait conseillé directement le patient de se faire opérer. Le demandeur pouvait penser que ses varices n'étaient pas une atteinte à sa santé, car celles-ci n'étaient pas invalidantes et les symptômes de jambes lourdes ou gonflées en fin de journée pouvaient être soulagés par les bas de contention. Il avait prescrit des bas de contention. Tous les bas de classes I, II ou III pouvaient être achetés sans ordonnance, seuls les bas de classes II et III étant remboursés par l'assurance sur la base d'une ordonnance ; il s'agissait d'une mesure thérapeutique conservatoire et il était possible que le citoyen moyen ne perçoive pas cette mesure en tant que traitement comme cela serait le cas pour la prise de médicaments, une injection ou une opération.

En droit :

1. Le jugement attaqué étant une décision finale de première instance rendue dans une cause patrimoniale dont la valeur litigieuse au dernier état des conclusions est inférieure à 10'000 fr. (soit 8'650 fr. 70 en l'espèce), c'est la voie du recours qui est ouverte (art. 308 al. 2 et 319 al. 1 let. b CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2010 ; RS 272]). Formés en temps utile (art. 321 al. 1 CPC), compte tenu des fêtes d'été et du lundi du Jeûne (art. 142 al. 3 et 145 al. 1 let. b CPC) par des parties qui ont un intérêt digne de protection (art. 59 al. 2 let. a CPC), les recours sont recevables.

2. Le recours est recevable pour violation du droit et constatation manifestement inexacte des faits (art. 320 CPC). L'autorité de recours dispose d'un plein pouvoir d'examen s'agissant de la violation du droit (Spühler, Basler Kommentar, Schweizerische Zivilprozessordnung, 2^e éd., 2013, n. 1 ad art. 320 CPC). Elle revoit librement les questions de droit soulevées par le recourant et peut substituer ses propres motifs à ceux de l'autorité précédente ou du recourant (Hohl, Procédure civile, tome II, 2^e éd., Berne 2010, n. 2508, p. 452). Comme pour l'art. 97 al. 1 LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), le grief de la constatation manifestement inexacte des faits ne permet que de corriger une erreur évidente, la notion se recoupant en définitive avec l'appréciation arbitraire des preuves (Corboz et alii, Commentaire de la LTF, Berne 2009, n. 19, p. 941 ad art. 97).

3. Recours de Y. _____ SA

a) La recourante produit des pièces qui se trouvent déjà au dossier de première instance, à l'exception des pièces 6 et 7. La pièce 6, une circulaire de l'Office fédéral de la santé publique, est irrecevable (art. 326 al. 1 CPC). La pièce 7, un extrait du Registre du commerce, ne fait que reproduire le contenu d'un registre public consultable sur internet, de sorte qu'elle a trait à un fait notoire et n'est pas à proprement parler irrecevable (cf. ATF 135 III 88).

b) Le premier juge a considéré qu'en résiliant le contrat par lettre du 21 avril 2011 au motif que l'affection désignée par le Dr B. _____ comme « insuffisance veineuse récidivante des deux membres inférieurs » n'avait pas été mentionnée dans la proposition d'assurance, la recourante n'avait pas satisfait aux exigences de la jurisprudence. Selon celle-ci, l'assureur qui résilie doit décrire de manière circonstanciée le fait important non déclaré ou inexactement déclaré ; il doit mentionner la question qui a fait l'objet d'une réponse inexacte (ATF 129 III 713 c. 2.1). En l'espèce, la recourante a désigné précisément la question qui selon elle avait reçu une réponse inexacte, à savoir celle qui était posée au chiffre 5b du questionnaire de santé de la proposition (« Etes-vous actuellement ou avez-vous été en traitement au cours des 5 dernières années auprès d'un médecin (...) ? »). Peu importe dès lors que la recourante n'ait pas indiqué expressément que l'irrégularité résidait dans le fait d'avoir eu la consultation de médecins, ce qui allait de soi au vu du contenu de cette question, et se soit bornée pour le surplus à déclarer que l'affection susmentionnée n'avait pas été mentionnée : l'intimé ne saurait prétendre qu'il ne savait ainsi pas ce qui lui était reproché. Il n'y a donc pas à retenir que la résiliation était invalide.

c) Le premier juge a en outre nié une réticence de l'intimé : celui-ci pouvait considérer qu'il n'était pas en traitement médical, il n'était pas établi que le Dr B. _____ lui avait communiqué un diagnostic le 29 novembre 2010, le Dr C. _____ s'était contenté d'effectuer un « consilium » correspondant à des investigations sans traitement, il n'était pas établi non plus que le Dr C. _____ avait discuté avec l'intimé de l'éventualité d'une opération, enfin, de l'avis de ce médecin, la prescription de bas de compression n'était pas tenue par un citoyen moyen pour un traitement et de tels bas pouvaient être achetés sans ordonnance médicale.

Il faut cependant tenir compte des éléments suivants. L'intimé a indiqué au chiffre 1 du questionnaire de santé que son médecin habituel était le Dr D. _____, à Rolle. Comme on le lit au pied du rapport médical du Dr C. _____ du 6 décembre 2010, le Dr D. _____ est un généraliste,

auquel ce rapport a été envoyé en copie. L'intimé a consulté le 29 novembre 2010 le Dr B._____, qui, comme cela figure sur son papier à lettres, est un spécialiste FMH en chirurgie. Ce chirurgien l'a envoyé consulter le Dr C._____, qui, comme cela figure sur son papier à lettres, est un angiologue, à savoir un médecin spécialisé dans les pathologies et les soins aux vaisseaux. On constate donc qu'en chaîne, trois médecins se sont occupés de l'intimé à la fin de l'année 2010 pour une insuffisance veineuse. Le Dr C._____ a prescrit à l'intimé des chaussettes de compression et il est établi, malgré que l'intimé ait contesté « absolument » ce fait au début de la procédure de première instance (cf. la lettre de son conseil du 8 novembre 2012), qu'il lui a remis une ordonnance pour les acheter, s'agissant de moyens de classe II remboursés par les caisses-maladie. Le même Dr C._____ a proposé au Dr B._____ de discuter avec l'intimé d'une éventuelle intervention chirurgicale.

Il faut dès lors déterminer si l'intimé devait considérer qu'il se trouvait en traitement au sens de la question qui lui était posée sous chiffre 5b du questionnaire de santé susmentionné.

Selon l'art 4 al. 1 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. 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 ; le preneur n'a en revanche pas à annoncer des faits au sujet desquels il n'est pas interrogé (ATF 134 III 511 c. 3.3.2). La question posée par l'assureur doit être formulée par écrit et elle doit être rédigée de manière précise et non équivoque (ATF 136 III 334 c. 2.3 ; ATF 134 III 511 c. 3.3.4). Le proposant doit répondre de manière véridique aux questions telles qu'il peut les comprendre de bonne foi ; on ne saurait dire qu'il y a réponse inexacte si la question était ambiguë de telle sorte que la réponse donnée apparaît véridique selon la manière dont la question pouvait être comprise de bonne foi par le

proposant (ATF 136 III 334 c. 2.3). Pour qu'il y ait réticence, il faut, d'un point de vue objectif, que la réponse donnée à la question ne soit pas conforme à la vérité, par omission ou inexactitude ; la réticence peut consister à affirmer un fait faux, à taire un fait vrai ou à présenter une vision déformée de la vérité (ATF 136 III 334 c. 2.3). D'un point de vue subjectif, la réticence suppose que le proposant connaissait ou aurait dû connaître la vérité (cf. art. 4 al. 1 et 6 al. 1 LCA). 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 c. 2.3 ; ATF 134 III 511 c. 3.3.3).

L'assuré n'a une obligation de déclaration qu'en relation avec un questionnaire ou d'autres questions écrites de l'assureur (art. 4 al. 1 LCA). Il doit déclarer les faits qui lui sont connus ou doivent lui être connus lors de la conclusion du contrat (art. 4 al. 1 in fine LCA). Selon la jurisprudence, 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. Ce qui est 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 avaient fournis des personnes qualifiées. Il doit se demander sérieusement s'il existe un fait qui tombe sous le coup des questions de l'assureur ; il remplit son obligation 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 c. 2b et les arrêts cités ; Urs Ch. Nef, Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG), 2001, n. 12 ad art. 4 LCA). Celui qui tait des indispositions sporadiques qu'il pouvait raisonnablement de bonne foi considérer sans importance pour l'évaluation du risque et passagères, sans devoir les tenir pour une cause de rechute ou de symptômes d'une maladie imminente aiguë, ne viole pas son devoir de renseigner (ATF 116 II 338 c. 1b et les références). Lorsqu'on demande à l'assuré s'il a été traité par un médecin (« in eine ärztliche Behand »), cela concerne tant le

traitement d'une affection qu'une démarche à but prophylactique (TF 4A_381/2008 du 24 novembre 2008 c. 2.3). Dans le langage courant, l'examen médical (« ärztliche Untersuchung ») se comprend comme un examen allant au-delà des investigations relatives à l'état de santé dans le cas du traitement d'un refroidissement ou d'une affection bénigne, de sorte que la notion de traitement médical (« ärztliche Behandlung ») doit être interprétée de manière plus large que celle d'examen médical (TF B_3/06 du 6 juin 2006 c. 4.3.1).

En l'espèce, même si l'intimé prétend qu'il ne s'agissait lors de la consultation de médecins que d'obtenir des renseignements au sujet de son état de santé et non pas de recevoir un traitement, on ne se trouvait certainement pas dans le cas d'indispositions sporadiques sans importance. En effet, alors que celles-ci sont habituellement soumises à un médecin généraliste, l'intimé, qui avait déjà été traité par le passé pour des varices, a consulté à ce sujet successivement deux médecins spécialisés, l'un d'eux ayant envoyé un rapport à son médecin généraliste. Il s'est ainsi trouvé pris en charge par des spécialistes pour une affection qui n'était pas anodine et il ne pouvait pas considérer qu'il n'était pas selon le langage courant en traitement médical. Cela devait lui apparaître d'autant plus clairement au moment de remplir le questionnaire de santé litigieux que les consultations précitées venaient d'avoir lieu et qu'elles avaient porté notamment sur l'éventualité d'une intervention chirurgicale : on ne conçoit pas en effet que, comme l'intimé le prétend, le second de ces deux spécialistes ne se soit pas entretenu avec lui, ne serait-ce que sommairement, au sujet de cette intervention, qu'il présentait dans son rapport du 6 décembre 2010 comme une alternative thérapeutique. A cela s'ajoute que l'intimé s'est vu prescrire des bas de contention, ce qui ne correspond ni à un « consilium », ni à des investigations, mais constitue bien un traitement, peu important que l'accès à ce matériel soit possible sans ordonnance.

A relever, même si on ne s'explique pas pourquoi la recourante ne l'a pas invoqué d'emblée, que l'intimé avait également répondu par la négative à la question du chiffre 8 du questionnaire de

santé formulée comme il suit : « Présentez-vous des séquelles de maladie, d'accident, d'infirmité, d'intoxication ou avez-vous connaissance de problèmes liés à votre état de santé qui n'ont pas encore fait l'objet de traitement ? ». A l'issue de la consultation d'un angiologue ayant confirmé le diagnostic d'un chirurgien, à savoir notamment une récurrence de varices, et préconisé une nouvelle intervention chirurgicale (cf. supra, let. C, ch. 3), l'intimé ne pouvait prétendre qu'il ignorait l'existence d'un « problème lié(s) à (son) état de santé » au sens de la question précitée. Une réticence doit être vue également en ce qui concerne la réponse à cette question.

d) Le premier juge a encore considéré que la recourante savait ou devait savoir que l'intimé avait consulté des médecins dès lors qu'il était affilié pour l'assurance obligatoire des soins à une caisse-maladie ayant son siège à la même adresse que la recourante, leurs employés et lignes téléphoniques étant les mêmes. Il a appliqué l'art. 8 ch. 3 LCA, selon lequel, malgré la réticence, l'assureur ne peut pas résilier le contrat s'il connaissait ou devait connaître le fait qui n'a pas été déclaré, en faisant référence à la jurisprudence selon laquelle les faits dont la société mère a connaissance sont opposables à la société fille lorsque les deux entités sont proches (TF 5C.43/2004 du 9 août 2004 c. 7.1). Cette jurisprudence n'est pas directement applicable en l'espèce puisqu'elle concerne un cas où il s'agissait de deux compagnies d'assurance soumises à la LCA alors que la caisse-maladie susmentionnée était liée par le secret, conformément à l'art. 33 LPGa qui dispose que les personnes qui participent à l'application des lois sur les assurances sociales ainsi qu'à son contrôle ou à sa surveillance sont tenues de garder le secret à l'égard des tiers ; elle ne pouvait donc communiquer des données que dans les cas particuliers énumérés à l'art. 84a LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10). Cette disposition a la teneur suivante :

Art. 84a Communication de données

1 Dans la mesure où aucun intérêt privé prépondérant ne s'y oppose, les organes chargés d'appliquer la présente loi ou d'en

contrôler ou surveiller l'application peuvent communiquer des données, en dérogation à l'art. 33 LPGA :

- a. à d'autres organes chargés d'appliquer la présente loi ou d'en contrôler ou surveiller l'exécution, lorsqu'elles sont nécessaires à l'accomplissement des tâches que leur assigne la présente loi;
- b. aux organes d'une autre assurance sociale, lorsque, en dérogation à l'art. 32, al. 2, LPGA, l'obligation de les communiquer résulte d'une loi fédérale;
- bbis. aux organes d'une autre assurance sociale, en vue d'attribuer ou de vérifier le numéro d'assuré AVS;
- c. aux autorités compétentes en matière d'impôt à la source, conformément aux art. 88 et 100 de la loi fédérale du 14 décembre 1990 sur l'impôt fédéral direct et aux dispositions cantonales correspondantes;
- d. aux organes de la statistique fédérale, conformément à la loi du 9 octobre 1992 sur la statistique fédérale;
- e. aux organismes chargés d'établir des statistiques servant à l'exécution de la présente loi, lorsque les données sont nécessaires à l'accomplissement de cette tâche et que l'anonymat des assurés est garanti;
- f. aux autorités cantonales compétentes, s'agissant des données visées à l'art. 22a qui sont nécessaires à la planification des hôpitaux et des établissements médico-sociaux ainsi qu'à l'examen des tarifs;
- g. aux autorités d'instruction pénale, lorsqu'il s'agit de dénoncer ou de prévenir un crime;
- gbis. au SRC ou aux organes de sûreté cantonaux à l'intention du SRC lorsque les conditions visées à l'art. 13a de la loi fédérale du 21 mars 1997 instituant des mesures visant au maintien de la sûreté intérieure (LMSI)⁴⁴ sont remplies;
- h. dans des cas d'espèce et sur demande écrite et motivée :
 - 1. aux autorités compétentes en matière d'aide sociale, lorsqu'elles leur sont nécessaires pour fixer ou modifier des prestations, en exiger la restitution ou prévenir des versements indus,
 - 2. aux tribunaux civils, lorsqu'elles leur sont nécessaires pour régler un litige relevant du droit de la famille ou des successions,
 - 3. aux tribunaux pénaux et aux organes d'instruction pénale, lorsqu'elles leur sont nécessaires pour établir les faits en cas de crime ou de délit,
 - 4. aux offices des poursuites, conformément aux art. 91, 163 et 222 de la loi fédérale du 11 avril 1889 sur la poursuite pour dettes et la faillite,
 - 5. aux autorités de protection de l'enfant et de l'adulte visées à l'art. 448, al. 4, CC,
 - 6. au SRC ou aux organes de sûreté cantonaux à l'intention du SRC lorsque les conditions visées à l'art. 13a de la LMSI sont remplies.

2 ...

3 En dérogation à l'art. 33 LPGA, les données d'intérêt général qui se rapportent à l'application de la présente loi peuvent être publiées. L'anonymat des assurés doit être garanti.

4 En dérogation à l'art. 33 LPGA, les assureurs sont habilités à communiquer des données aux autorités d'aide sociale ou aux autorités cantonales compétentes en cas de retard de paiement, lorsque, après une sommation infructueuse, l'assuré ne paie pas les primes ou les participations aux coûts échues.

5 Dans les autres cas, des données peuvent être communiquées à des tiers, en dérogation à l'art. 33 LPGA :

- a. s'agissant de données non personnelles, lorsqu'un intérêt prépondérant le justifie;
- b. s'agissant de données personnelles, lorsque la personne concernée y a, en l'espèce, consenti par écrit ou, s'il n'est pas possible d'obtenir son consentement, lorsque les circonstances permettent de présumer qu'il en va de l'intérêt de l'assuré.

6 Seules les données qui sont nécessaires au but en question peuvent être communiquées.

7 Le Conseil fédéral règle les modalités de la communication et l'information de la personne concernée.

8 Les données sont communiquées en principe par écrit et gratuitement. Le Conseil fédéral peut prévoir la perception d'émoluments pour les cas nécessitant des travaux particulièrement importants.

Si on constate qu'aucun des cas énumérés à l'al. 1 de cette disposition n'est réalisé en l'espèce, il en va cependant différemment en ce qui concerne son al. 5 let. b. En signant la proposition d'assurance, l'intimé a en effet autorisé la recourante à prendre connaissance des dossiers médicaux le concernant auprès d'une assurance maladie membre de Y._____SA. Les collaborateurs de la recourante avaient par conséquent accès aux données relatives à l'intimé.

Cela étant, on peut se demander si, comme le soutient l'intimé, la recourante avait connaissance des affections dont il avait été atteint depuis 1998 et si, en vertu de l'art. 8 ch. 3 LCA, elle était privée d'invoquer la réticence dès lors qu'elle « connaissait ou devait connaître le fait qui n'a pas été déclaré ». Cette question peut cependant demeurer indécise puisque la recourante est réputée avoir eu connaissance du traitement médical de l'intimé lorsque l'assurance-maladie X._____SA a reçu les factures des médecins C._____ et B._____ en décembre 2010 et janvier 2011 (cf. supra, let. C, ch. 9). Recevant la proposition d'assurance signée le 14 décembre 2010 par l'intimé, la recourante était tenue d'invoquer une réticence dans les quatre semaines sous peine de

forclusion (art. 6 al. 2 LCA). Partant, sa résiliation du contrat par lettre du 21 avril 2011 était tardive.

4. Recours P. _____

Le recourant se plaint à tort de ce qu'il ne s'est pas vu allouer des dépens majorés en application de l'art. 20 al. 1 TDC (tarif du 23 novembre 2010 des dépens en matière civile ; RSV 270.11.6). Il est vrai qu'il a dû renouveler la réquisition de production de la pièce 53, qui n'a été produite en totalité que par lettre de l'intimée du 4 avril 2013 après deux relances, et que l'intimée a provoqué l'organisation d'une deuxième audience qui aurait pu être évitée. Ces circonstances n'ont toutefois pas entraîné un « travail extraordinaire » au sens de l'art. 20 al. 1 TDC, de sorte que le premier juge pouvait se borner à allouer au recourant le maximum des dépens prévu dans la fourchette de l'art. 5 TDC, à savoir 3'000 fr. pour une valeur litigieuse située entre 5'000 fr. et 10'000 francs.

5. P. _____ obtient gain de cause sur sa prétention en paiement d'un montant de 10'349 fr. 90, sous déduction de 1'699 fr. 20, mais est débouté sur sa prétention en paiement d'un surcroît de dépens de 2'355 fr. (5'355 fr. - 3'000 fr.). Il a droit à des dépens arrêtés globalement pour les deux recours à 2'000 fr. (art. 8 TDC). L'arrêt doit être rendu sans frais judiciaires de deuxième instance (art. 113 al. 2 let. f CPC).

Par ces motifs,
la Chambre des recours civile du Tribunal cantonal,
statuant à huis clos,
p r o n o n c e :

- I. Les recours sont rejetés.
- II. Le jugement est confirmé.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires de deuxième instance.

IV. Y._____SA doit verser à P._____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens de deuxième instance.

V. L'arrêt motivé est exécutoire.

Le président :

La greffière :

Du 30 janvier 2014

Le dispositif de l'arrêt qui précède est communiqué par écrit aux intéressés.

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié en expédition complète, par l'envoi de photocopies, à :

- Y._____SA
- Me Alexandre Bernel (pour P._____)

La Chambre des recours civile considère que la valeur litigieuse est de 8'650 fr. 70.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière civile devant le Tribunal fédéral au sens des art. 72 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral - RS 173.110), cas échéant d'un recours

constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Dans les affaires pécuniaires, le recours en matière civile n'est recevable que si la valeur litigieuse s'élève au moins à 15'000 fr. en matière de droit du travail et de droit du bail à loyer, à 30'000 fr. dans les autres cas, à moins que la contestation ne soulève une question juridique de principe (art. 74 LTF). Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Cet arrêt est communiqué, par l'envoi de photocopies, à :

- Mme la Juge de paix du district de Nyon

La greffière :