

Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicuranzas

Cour des assurances sociales
du Tribunal fédéral

Cause
{T 7}
K 56/04

Arrêt du 28 avril 2005
Ile Chambre

Composition
MM. les Juges Borella, Président, Schön et Frésard. Greffière : Mme Gehring

Parties
D._____, 1956, recourant, représenté par Me Nicolas Charrière, avocat, boulevard de Pérolles 4,
1701 Fribourg,

contre

Caisse-maladie Hermes, Petit-Moncor 6, 1752 Villars-sur-Glâne, intimée, représentée par Hermes
caisse-maladie, Administration, rue du Nord 5, 1920 Martigny

Instance précédente
Cour des assurances sociales du Tribunal administratif du canton de Fribourg, Givisiez

(Jugement du 4 mars 2004)

Faits:

A.

D._____, né en 1956, a conclu avec la Caisse-maladie Hermes (ci-après : la caisse), une assurance d'indemnités journalières pour perte de gain, avec effet dès le 1er septembre 2001. A cette fin, il a signé, le 28 août 2001, une proposition d'assurance et déclaration d'adhésion. Répondant au questionnaire médical, il a mentionné un problème de bursite aux coudes ayant entraîné deux périodes d'incapacité totale de travail d'une durée de quinze jours en cours d'année 1998.

Souffrant de douleurs aux épaules, D._____ a subi une période d'incapacité totale de travail à partir du 25 mars 2002. Procédant à l'instruction de la demande d'indemnités journalières déposée consécutivement par l'assuré, la caisse a recueilli divers avis médicaux dont elle a retenu, en bref, qu'il avait souffert de polyarthralgie-polyarthrite, de cervico-brachialgies bilatérales invalidantes d'origine X (condrocalcinose chronique), d'une tendance à un trouble somatoforme douloureux persistant, d'hépatite chronique, d'état anxio-dépressif, d'ostéosynthèse du pouce gauche en 1996 avec ablation du matériel d'ostéosynthèse en 1999 (cf. rapports du 12 avril 2002 du docteur R._____ [médecin traitant de l'assuré] et du 8 mai 2002 du docteur B._____ [rhumatologue]). Par décision sur opposition du 9 décembre 2002, la caisse a institué avec effet rétroactif au 1er septembre 2001 pendant cinq ans, des réserves d'assurance afférentes aux troubles suivants: cervico-brachialgies bilatérales invalidantes, tunnel carpien droit, condrocalcinose, fracture de l'articulation métacarpienne du pouce gauche, troubles anxieux-dépressifs et conflit sous-acromial de l'épaule gauche.

B.

Par jugement du 4 mars 2004, le Tribunal administratif du canton de Fribourg a partiellement admis le recours formé contre cette décision par D._____, renvoyant le dossier à la caisse aux fins de suppression de la réserve d'assurance relative aux troubles anxieux-dépressifs.

C.

D._____ interjette recours de droit administratif contre ce jugement dont il requiert l'annulation en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à la suppression des réserves d'assurance instituées pour cause de réticence, subsidiairement au renvoi de la cause à la juridiction cantonale pour nouvelle décision. En outre, il requiert l'organisation de débats publics, ainsi que l'octroi de

l'assistance judiciaire gratuite et la désignation de son mandataire en qualité d'avocat d'office.

La caisse intimée conclut au rejet du recours, tandis que l'Office fédéral de la santé publique a renoncé à se déterminer.

Considérant en droit:

1.

1.1 Le recourant fait grief aux premiers juges d'avoir méconnu son droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst.), en particulier celui de participer à l'administration des preuves, en ne procédant ni à son audition, ni à celle des témoins dont il avait requis la comparution. En outre, il se prévaut d'une violation de l'art. 6 par. 1 CEDH, en tant qu'ils n'ont pas donné suite à sa requête tendant à la tenue d'une audience publique; en lieu et place, il requiert l'organisation de débats publics devant la Cour de céans.

1.2 Le droit d'être entendu découlant de l'art. 29 al. 2 Cst. ne comprend pas le droit d'être entendu oralement (cf. ATF 130 II 429 consid. 2.1, 125 I 219 consid. 9b; 122 II 469 consid. 4c), ni celui d'obtenir l'audition de témoins. En effet, l'autorité peut mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier son opinion (cf. ATF 125 I 135 consid. 6c/cc in fine, 430 consid. 7b; 124 I 211 consid. 4a, 285 consid. 5b; 115 Ia 11/12 consid. 3a; 106 Ia 161/162 consid. 2b).

En regard du dossier tel que constitué - dont il n'est pas allégué qu'il soit incomplet - et des motifs retenus ci-après (consid. 3.3), la comparution personnelle du recourant ainsi que l'audition des témoins qu'il avait requise s'avéraient superflues, de sorte que les premiers juges pouvaient s'en dispenser par appréciation anticipée des preuves.

1.3 Quant à l'obligation d'organiser des débats publics, celle-ci présuppose une demande formulée de manière claire et indiscutable par l'une des parties au procès; de simples requêtes de preuves, comme des demandes tendant à une comparution ou à une interrogation personnelle, à un interrogatoire des parties, à une audition des témoins ou à une inspection locale, ne suffisent pas pour fonder une semblable obligation (cf. ATF 130 II 431 consid. 2.4).

En l'espèce, le recourant a eu largement la possibilité de s'expliquer par écrit au cours des deux échanges d'écritures ordonnés par les premiers juges. Par ailleurs, il a sollicité devant ceux-ci, la fixation d'une audience de comparution personnelle, ainsi qu'une audition de témoins destinées à établir les circonstances dans lesquelles la déclaration d'assurance et proposition d'adhésion avait été établie. Une telle demande constitue à l'évidence une requête de preuves, laquelle n'équivaut pas à une demande formelle d'organiser des débats. On peut dès lors admettre qu'en ne donnant pas suite à la requête du recourant, les premiers juges n'ont pas porté atteinte à ses droits de partie, de sorte que le grief tiré d'une violation de l'art. 6 CEDH se révèle également mal fondé.

1.4 Quant à l'obligation d'organiser des débats publics dans une procédure de deuxième instance, celle-ci ne s'impose pas lorsque - comme en l'espèce - le recours ne soulève aucune question de fait ou de droit qui ne puisse être jugée de manière appropriée sur la base des pièces au dossier (RSAS 2004 p. 150). Aussi n'y a-t-il pas lieu de donner suite à la demande formée en ce sens par le recourant devant la Cour de céans.

2.

2.1 Sur le fond, le litige porte d'une part sur la validité de la réserve d'assurance rétroactive instaurée par l'intimée et, d'autre part, sur le refus de prestations fondé sur cette réserve.

2.2 Ratione temporis, la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) du 6 octobre 2000, entrée en vigueur au 1er janvier 2003, n'est pas applicable au présent litige, dès lors que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 115 consid. 2.2 et les références).

2.3 Les litiges portant sur l'institution d'une réserve d'assurance ne concernent pas l'octroi ou le refus de prestations d'assurance. Dans ce domaine, le pouvoir d'examen du Tribunal fédéral des assurances se limite donc aux griefs qui peuvent être invoqués en vertu des art. 104 let. a et b et 105 al. 2 OJ. Cependant, il arrive fréquemment que dans la même procédure de recours soit également litigieux, outre la réserve qui en constitue le motif, le refus de prestations de la caisse. Il faut alors examiner les deux questions de droit litigieuses en se fondant sur le même état de fait, que le tribunal fédéral des assurances revoit avec un pouvoir d'examen étendu au sens de l'art. 132 OJ (principe de l'attraction). En revanche, l'appréciation juridique dépend de la nature de chacun des points litigieux: pour le litige en matière de prestations, le tribunal n'est pas lié par les conclusions

des parties et peut examiner l'opportunité de la décision attaquée; le problème de la réserve ne peut, quant à lui, être examiné que sous l'angle de l'art. 104 let. a OJ et, conformément à l'art. 114 al. 1 OJ, le tribunal est lié par les conclusions des parties sur ce point (ATF 108 V 247 consid. 1b; RAMA 1986 n° K 687 p. 312 consid. 1).

2.4 Le jugement entrepris expose de manière exacte et complète les dispositions légales et la jurisprudence applicables en l'espèce, de sorte qu'il suffit d'y renvoyer. Par souci de clarté, la Cour de céans rappelle que la jurisprudence qualifie de réticence le fait de ne pas annoncer à la caisse, en passant sous silence de manière fautive, une maladie existante ou une maladie antérieure sujette à rechute, que l'assuré connaissait ou devait connaître en faisant preuve de l'attention qu'on pouvait exiger de lui (ATF 125 V 294 consid. 2 et les références citées; RAMA 2004 no KV 298 p. 376 consid. 3). L'obligation de renseigner ne s'étend toutefois pas à des indispositions survenues sporadiquement, qu'en toute bonne foi l'intéressé pouvait considérer comme des atteintes passagères et sans importance à son bien-être et que l'attention requise ne lui commande pas d'annoncer (ATF 109 V 38 consid. 1b et l'arrêt cité). L'étendue de l'attention qu'on peut attendre de l'assuré dépend entre autres circonstances de la précision du questionnaire qui lui est adressé par la caisse; il faut juger avec plus de sévérité le silence de l'intéressé lorsque le questionnaire est établi de manière minutieuse et concrète que lorsqu'il invite à fournir des renseignements sommaires et abstraits (ATF 96 V 4 consid. 3, ATFA 1967 p. 129; RJAM 1978 n° 309 p. 9).

3.

3.1 Les premiers juges ont retenu qu'au moment de son adhésion à l'assurance d'une indemnité journalière pour perte de gain en août 2001, le recourant souffrait déjà de multiples affections douloureuses au niveau des deux membres supérieurs et de la nuque, d'un syndrome du tunnel carpien, de condrocalcinose articulaire et qu'il avait été victime d'une fracture de l'articulation métacarpienne du pouce gauche. Médicalement suivi à partir de l'année 1996 ou à tout le moins depuis l'été 2000 en raison des affections subies au niveau des membres supérieurs, il a en particulier été examiné et soigné en juillet et août 2001, de sorte qu'il ne pouvait se considérer alors comme étant en parfaite santé. En outre, le traitement médical qui lui fût prescrit durant cette période ne pouvait raisonnablement pas être compris comme celui afférent à des indispositions sporadiques et passagères. Aussi, l'assuré n'était-il pas dispensé de l'obligation d'annoncer les troubles précités à la caisse intimée, de sorte que celle-ci était légitimée à instituer des réserves d'assurance corrélatives pour cause de réticence.

3.2 Le recourant conteste avoir enfreint son devoir d'informer la caisse. Il explique que c'est l'agent d'assurance la représentant qui a rempli à sa place la proposition d'assurance et déclaration d'adhésion, se satisfaisant, à cette fin, de l'interroger en termes abstraits sur son état de santé et l'identité de son médecin traitant, mais sans prendre la peine de lui lire toutes les questions figurant au questionnaire médical, ni s'assurer qu'il les avait correctement comprises. Le recourant réfute s'être alors déclaré en bonne santé, alléguant avoir au contraire expressément mentionné au représentant de la caisse, ses problèmes de bursite au niveau des coudes, les interventions chirurgicales consécutives, les douleurs scapulaires ressenties depuis lors, la fracture intra-articulaire subie au niveau du premier métacarpien de la main gauche, ainsi que les consultations médicales effectuées au cours de l'été 2001 à la suite de douleurs scapulaires et dorsales. Minimisant le sens et la portée de ces indications, l'agent d'assurance en aurait alors jugé le report sur le questionnaire médical comme étant superflu. L'intéressé ajoute que faute de maîtriser suffisamment la langue française et de disposer de connaissances juridiques, en particulier dans le domaine du droit des assurances, il n'avait aucune raison ni moyen de douter de la proposition d'assurance qu'en toute confiance, il a dès lors signée sans mot dire. Cela étant, il fait grief aux premiers juges d'avoir abusé de leur pouvoir d'appréciation dans l'application faite en l'espèce de l'art. 69 LAMAL.

3.3 Il est établi au dossier que le recourant a souffert depuis l'été 2000 de multiples affections douloureuses et invalidantes aux membres supérieurs (cf. rapport du 8 mai 2002 du docteur B._____, rhumatologue) et à la nuque. Dès le mois de mars 2000, ces troubles l'ont contraint à un très important absentéisme de son travail. Il a également multiplié les consultations orthopédiques et rhumatologiques, sans compter celles effectuées auprès de son médecin traitant. Peu de temps avant la signature de sa demande d'adhésion (intervenue le 21 août 2001), il a en particulier consulté à quatre reprises au cours des mois de juillet et août 2001 (10 et 20 juillet ainsi que 10 et 17 août), les médecins du Service de rhumatologie, médecine physique et rééducation de l'Hôpital X._____. Enfin, il a subi à partir du 9 juillet 2001, une période d'incapacité totale de travail d'une durée d'environ six semaines, la reprise à plein temps d'une activité lucrative ayant été prévue pour le 23 août 2001 seulement (cf. rapports du 20 août 2001 des docteurs W._____, et E._____, et du 16 juin 2002 des docteurs W._____, et B._____, médecins auprès du Service de rhumatologie, médecine physique et rééducation de l'Hôpital X._____).

Compte tenu du caractère chronique et durable des troubles douloureux présentés par le recourant ainsi que de leur sérieuse incidence sur sa capacité de travail, il paraît pour le moins surprenant que le représentant de la caisse ait fidèlement transcrit dans le questionnaire médical une hospitalisation de quinze jours en 1998, alors qu'il aurait sciemment minimisé des problèmes de santé plus graves et plus récents dont l'assuré lui aurait fait part. De plus, si tel avait été le cas, une pareille incohérence ne pouvait guère échapper au recourant quand il a apposé sa signature au bas du questionnaire. Aussi, même en admettant la véracité de ses allégués, y a-t-il lieu de retenir qu'il a fait preuve d'une singulière passivité en souscrivant sans dire mot à des déclarations manifestement fausses et dont il ne pouvait guère ignorer le sens et la portée. Dans de telles conditions, il n'apparaît pas contraire aux règles de la bonne foi de lui faire porter la responsabilité d'indications non conformes à la vérité ou incomplètes (RAMA 2004 n° KV 298 p. 374). Sur le vu de ce qui précède, le jugement entrepris n'est pas critiquable et le recours se révèle mal fondé.

4.

Dans ses déterminations, la caisse intimée invite la Cour de céans à réformer le jugement entrepris non pas par voie de cassation mais par reformatio in pejus, en rétablissant la réserve d'assurance afférente aux troubles anxio-dépressifs. A l'appui de ces conclusions, elle se prévaut du rapport médical établi le 20 août 2001 par le docteur W._____, aux termes duquel un traitement antidépresseur a été proposé à l'assuré et que celui-ci a émis le désir d'en parler avec son médecin traitant lors d'une prochaine consultation. En tant que le recourant avait indubitablement connaissance des troubles en question, c'est à tort que les premiers juges en ont supprimé la réserve d'assurance.

Une telle conclusion constitue une demande reconventionnelle, assimilable à un recours joint. Or, l'institution du recours joint au recours de droit administratif est inconnue. La partie qui, comme en l'espèce, n'a pas interjeté recours de droit administratif dans le délai légal, ne peut que proposer l'irrecevabilité ou le rejet du recours formé par la partie adverse. Elle n'a plus la faculté de prendre des conclusions indépendantes (ATF 124 V 155 consid. 1, 114 V 244/245 consid. 4 et les références). Il est vrai que lorsque le litige concerne l'octroi ou le refus de prestations d'assurance, le Tribunal fédéral des assurances peut s'écarter des conclusions des parties, à l'avantage ou au détriment de celles-ci (art. 132 let. c OJ). Dans un tel cas, rien n'empêche la partie intimée de développer dans sa réponse au recours une argumentation qui conduira éventuellement le juge à réformer à son avantage la décision entreprise. Toutefois, la question soulevée in casu par la caisse porte sur l'institution d'une réserve d'assurance et ne concerne donc pas l'octroi ou le refus de prestations d'assurance. Le pouvoir d'examen du Tribunal fédéral des assurances se limite par conséquent aux griefs qui peuvent être invoqués en vertu des art.

104 let. a et b et 105 al. 2 OJ et le Tribunal reste lié par les conclusions des parties (cf. consid. 2.3 supra). Les conclusions de la caisse intimée, dans la mesure où celle-ci demande, sur le fond, autre chose que le rejet du recours, sont dès lors irrecevables.

5.

5.1 Vu la nature du litige, la procédure est gratuite (art. 134 OJ).

5.2 Le recourant, qui succombe, ne saurait prétendre une indemnité de dépens (art. 159 OJ). Désigné d'office par la Cour de céans (cf. décision incidente du 24 décembre 2004), son avocat a droit à une indemnité pour ses honoraires, supportée par la caisse du Tribunal; l'attention du recourant est cependant attirée sur le fait qu'il devra rembourser celle-ci, s'il devient ultérieurement en mesure de le faire (art. 152 al. 3 OJ).

Par ces motifs, le Tribunal fédéral des assurances prononce:

1.

Le recours est rejeté.

2.

Il n'est pas perçu de frais de justice.

3.

Les honoraires de Me Charrière sont fixés à 2'500 fr. (y compris la taxe à la valeur ajoutée) pour la procédure fédérale et seront supportés par la caisse du tribunal.

4.

Le présent arrêt sera communiqué aux parties, à la Cour des assurances sociales du Tribunal administratif du canton de Fribourg et à l'Office fédéral de la santé publique.

Lucerne, le 28 avril 2005

Au nom du Tribunal fédéral des assurances

Le Président de la IIe Chambre: La Greffière: