

No

a) La réticence suppose une déclaration écrite (du proposant ou de l'agent) inexacte ou incomplète par rapport à un fait important. Il est sans importance que la réticence relève d'une faute éventuelle de la personne astreinte à déclaration. Il importe peu également que le fait omis soit en causalité avec le sinistre. Ce qui est décisif, c'est de juger si et dans quelle mesure le proposant pouvait donner de bonne foi une réponse négative à une question de 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.

b) Dans le domaine de l'assurance-maladie, l'appréciation de l'état de santé du proposant revêt une importance particulière, ce qui justifie le nombre et la variété des questions contenues dans la formule de proposition. Particulièrement significatives sont les questions se rapportant aux consultations médicales, aux examens médicaux ayant eu lieu au cours d'une période, habituellement de 2 à 5 ans précédant la souscription de la proposition.

(Assurance contre la maladie)

Tribunal du district de Porrentruy, 28 novembre 1995,
K. c. Allianz Continentale, Compagnie d'Assurances sur la Vie SA, Zurich

Faits: Par mémoire de demande du 13 juillet 1995, K., à M., a actionné Allianz Continentale, à Zurich, en paiement d'une somme de Fr. 7'087.05 avec intérêts à 5 % dès le 15 février 1995, sous suite des frais et dépens, représentant le remboursement des frais d'un traitement prodigué à l'Hôpital cantonal de Bâle. Elle fonde cette prétention sur la police d'assurance complémentaire à une caisse-maladie no [...] conclue auprès de la défenderesse.

Dans son mémoire de défense du 21 septembre 1995, la défenderesse a conclu au débouté des conclusions de la demande, sous suite des frais et dépens. Elle estime d'une part, que la demanderesse a commis une réticence au sens de l'article 6 LCA. D'autre part, à titre subsidiaire, elle fait valoir que le sinistre était déjà survenu au moment du début de la couverture d'assurance.

Le 7 décembre 1993, la demanderesse a signé une proposition pour une assurance complémentaire à une caisse-maladie auprès de la défenderesse [...], proposition acceptée par cette dernière, qui a établi la police no [...], dont le début de couverture d'assurance était fixé au 1er juillet 1994.

A la question 11 b) de la proposition d'assurance précitée posée comme suit: "Au cours des 2 dernières années, avez-vous consulté un médecin", la demanderesse a répondu "oui" en "1992, contrôle simple annuel".

Souffrant d'adhérences au bas-ventre, la demanderesse a dû être hospitalisée à l'Hôpital cantonal de Bâle du 22 au 24 août 1994. Elle a été soignée par le Dr. R., médecin-chef. Le 31 octobre 1994, l'Hôpital cantonal de Bâle a établi sa facture qui s'élève à Fr. 7'087.05 [...].

Le 5 septembre 1994, la défenderesse, se référant au certificat médical du Dr. C. de l'Hôpital cantonal de Bâle aux termes duquel elle souffrait d'adhérences au bas-ventre, a posé au Dr. B., médecin-traitant de la demanderesse, les questions suivantes: depuis quand sa patiente a-t-elle souffert de ces maux et à quelle date le diagnostic a-t-il été découvert. A la première question, le Dr. B. a répondu "novembre 1993" et à la deuxième "décembre 1993" [...].

Par lettre du 21 septembre 1994, la défenderesse a informé la demanderesse qu'elle invoquait la réticence au sens de l'article 15 CGA et qu'elle se départissait du contrat avec effet rétroactif au 1er juillet 1994, attendu que selon les informations en sa possession, lors de la conclusion de ce contrat, elle n'a pas déclaré ou omis de le faire un fait important qu'elle connaissait ou devait connaître [...].

La demanderesse a interpellé le Dr. B. pour connaître les raisons de sa réponse à la demande de renseignements du 5 septembre 1994. Ce médecin, par lettre du 26 septembre 1994 adressée à la défenderesse [...], a confirmé que la demanderesse l'avait consulté le 22 novembre 1993 pour des troubles digestifs que l'anamnèse, la clinique et les examens paracliniques ont permis de rattacher à une colopathie fonctionnelle. Le diagnostic de status adhérentiel n'a jamais été évoqué à cette date. Un traitement associant Colosan mite et Librax est parvenu à normaliser la situation assez rapidement (2 - 3 semaines) et de façon assez durable, puisque, explique le médecin, il n'a plus revu la patiente en consultation. En juillet 1994, lors du contrôle gynécologique annuel, le Dr. C. a suspecté un status adhérentiel, confirmé et traité par laparoscopie. Ce n'est que depuis l'été 1994 que le diagnostic de status adhérentiel est connu du médecin. Le diagnostic de status adhérentiel n'était connu ni de la patiente ni de lui-même en décembre 1993. Dans le certificat médical du 05.09.94, il précise qu'il n'avait pas bien saisi le sens de la question posée.

Le 27 septembre 1994, le Dr. R. de l'Hôpital cantonal de Bâle a informé la défenderesse que la demanderesse se plaignait depuis 6 mois de douleurs au bas-ventre des deux côtés. En janvier 1994, elle a subi un examen qui pouvait donner lieu à un diagnostic d'adhérences, d'où l'indication d'une laparoscopie, effectuée le 23 août 1994. Les plaintes de la patiente sont apparues début janvier 1994; un diagnostic d'adhérences ne pouvait toutefois pas être posé de façon certaine avant la laparoscopie [...].

Par lettre du 16 février 1995, le mandataire de la demanderesse est intervenu auprès du Dr. R., à Bâle, afin de lui demander depuis quand la demanderesse a eu connaissance de sa problématique d'adhérences au bas-ventre.

Le Dr. R. a répondu dans son courrier du 21 février 1995 [...] que la demanderesse s'est rendue pour la première fois à la polyclinique le 27 juillet 1994. Le médecin qui l'a consultée a noté un prétendu examen ultrasons effectué en janvier 1994 ayant conduit au diagnostic de la présence de kystes selon les indications de la patiente. Le Dr. R. ignore cependant par qui et où cet examen avait été pratiqué; il n'a en tous les cas pas été effectué à la polyclinique de Bâle. Le médecin qui a examiné la demanderesse a diagnostiqué des douleurs peu claires ("unklare") dans le bas-ventre du côté droit et une suspicion clinique d'adhérences. Cette suspicion n'a été mise en évidence pour la première fois, du point de vue clinique, par les services du Dr. R. que le 27 juillet 1994, étant par ailleurs relevé que ce diagnostic ne peut être posé de façon définitive que par une laparoscopie. La demanderesse, de l'avis du Dr. R., n'a certainement pas dû être informée de ce diagnostic d'adhérences avant le 27 juillet 1994.

La demanderesse a contesté cette réticence en invoquant n'avoir subi aucun examen en janvier 1994; elle n'a eu connaissance qu'elle souffrait d'adhérences qu'en juillet 1994, soit postérieurement à la signature de la proposition d'assurance. Elle a admis avoir effectivement consulté le Dr. B. le 22 novembre 1993 pour des

troubles digestifs; il ne s'agissait toutefois que d'une indigestion résorbée sans problème aucun [...].

La défenderesse a refusé de revoir sa position [...].

La demanderesse se réfère par ailleurs en tout état de cause à l'article 8 ch. 1 LCA. Au cas d'espèce, elle allègue qu'au moment de la signature de la proposition d'assurance, elle ne souffrait plus de l'indigestion pour laquelle elle avait été soignée le 22 novembre 1993. La défenderesse ne pouvait donc pour ce motif également se départir du contrat.

A l'audience du 28 novembre 1995, la demanderesse a conclu à titre subsidiaire à ce que la défenderesse soit condamnée à lui rembourser la somme de Fr. 1'342.-- payée au titre de prime.

Elle a notamment allégué que lorsqu'elle a rempli la proposition d'assurance litigieuse "un soir de semaine, entre deux clients", elle avait oublié qu'elle était allée chez son médecin "pour une bagatelle". Elle a signé cette proposition car l'agente est une amie.

Elle a précisé que les symptômes avant son examen chez le Dr. B. étaient les suivants: ballonnement du ventre, coliques, douleurs. Le Dr. B. lui a ausculté le ventre et a supposé qu'il s'agissait d'un problème de digestion ou d'un problème d'intestins; il lui a prescrit des médicaments qu'elle a pris pendant 1 à 2 jours, et non pendant 15 jours comme le prétend le médecin. Il ne lui semble pas qu'il lui ait fixé un autre rendez-vous.

Elle s'est rendue à Bâle en juillet 1994 sur sa propre initiative pour un contrôle gynécologique, qu'elle fait tous les 6 mois. Ils ont suspecté des adhérences; pour en être sûr, il fallait cependant faire une laparoscopie. Elle avait ressenti des douleurs au ventre en juillet.

Elle a encore précisé qu'elle s'était rendue chez le Dr. G. en janvier 1994 déjà pour un contrôle gynécologique; il lui a fait une échographie et a détecté de petits kystes sur les ovaires, "mais rien de grave". Elle n'était pas satisfaite, raison pour laquelle elle avait décidé de consulter un autre gynécologue à Bâle, en juillet.

Lorsqu'elle a signé la proposition d'assurance litigieuse elle était en bonne santé et ne ressentait pas de douleurs. Elle a souffert des douleurs provenant des adhérences un peu en juillet 1994, mais pas avant; elle ne suspectait pas qu'il s'agissait de quelque chose de grave.

Quant à la défenderesse, elle a confirmé fonder la réticence sur la réponse donnée à la question 11 b) de la proposition. Elle a admis que la demanderesse n'ait pu souffrir que d'un trouble digestif en novembre 1993. Si cette dernière avait fait mention de ce contrôle médical chez le Dr. B., elle aurait pris des renseignements auprès de ce médecin. Dans le cas où la demanderesse aurait encore été en traitement, elle aurait refusé la proposition. Par ailleurs, il n'y avait pas de raison de son point de vue pour que les déclarations de la demanderesse soient contrôlées auprès du Dr. B., un contrôle normal, tel que celui mentionné en 1992, ne nécessitant pas de renseignements complémentaires.

Les parties ont enfin allégué toutes deux que les primes d'assurance ont été payées intégralement par la demanderesse, soit Fr. 1'342.--.

Motifs: a) Selon l'article 6 LCA, si celui qui devait faire la déclaration a, lors de la conclusion du contrat, omis de déclarer ou inexactement déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître (réticence), l'assureur n'est pas lié par le contrat, à condition qu'il s'en soit départi dans les quatre semaines à partir du moment où il a eu connaissance de la réticence.

L'article 4 al. 2 LCA déclare 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. Selon l'alinéa 3, sont réputés importants les faits au sujet desquels l'assureur a posé par écrit des questions précises, non équivoques.

La réticence suppose une déclaration écrite (du proposant ou de l'agent) inexacte ou incomplète par rapport à un fait important. Il est sans importance que la réticence relève d'une faute éventuelle de la personne astreinte à déclaration (Kuhn/Montavon, Droit des assurances privées, 1994; ATF 109 II 60).

Aux termes de l'art. 4 LCA, le proposant doit ainsi 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. Les faits importants en question sont tous les éléments qui doivent être pris en considération lors de l'appréciation du risque et qui peuvent éclairer l'assureur sur l'étendue du risque à couvrir; il ne s'agit donc pas seulement des facteurs du risque, mais aussi des circonstances qui permettent de conclure à l'existence de facteurs de risque. Si, lors de la conclusion du contrat, le proposant a déclaré inexactement ou omis de déclarer un fait important pour l'appréciation du risque, qu'il devait connaître et au sujet duquel il avait été interrogé expressément et de façon non équivoque, l'assureur est en droit, selon l'art. 6 LCA, de se départir du contrat (ATF 116 II 338 ss et réf. citées).

En principe, l'assureur peut poser toutes les questions qui lui conviennent sur les éléments de risque dont il entend faire dépendre la conclusion ou les conditions du contrat (classement dans l'une ou l'autre des catégories de prime). Il suffit que ses questions soient précises et non équivoques. Pour les interpréter et juger leur portée, il faut se demander ce qu'on devait raisonnablement penser et par conséquent aussi ce que le proposant ou une autre personne tenue de renseigner, pouvait admettre. La première condition est qu'il s'agisse d'un fait qui constitue en lui-même un élément de risque (Viret, 1991, op. cit., p. 97). Ce qui est finalement décisif, c'est de juger si et dans quelle mesure le proposant pouvait donner de bonne foi une réponse négative à une question de 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. La loi sur le contrat d'assurance exige du proposant qu'il se demande sérieusement s'il existe un fait qui tombe sous le coup des questions de l'assureur. Mais elle n'exige pas de lui qu'il recueille des renseignements sur l'existence d'un pareil fait. Le proposant remplit l'obligation qui lui est imposée 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 de l'assureur (ATF 116 II 338 et réf. citées).

Il n'importe pas cependant que le fait tu ou faussement déclaré ait par la suite joué un rôle effectif dans la survenance du dommage. L'importance des faits qui doivent être déclarés ne dépend en effet pas de leur rapport de cause à effet avec le dommage (ATF 92 II 343, 352 et 353; Viret, 1991, Droit des assurances privées, p. 102).

Au cas d'espèce, il est établi que la demanderesse a omis de mentionner avoir consulté le Dr. B. le 22 novembre 1993 pour des troubles digestifs. La demanderesse a précisé qu'il s'agissait d'une erreur de sa part, d'un oubli.

Au vu de ce qui précède, le motif importe peu, la réticence étant indépendante de toute faute du proposant. Par ailleurs, il est également sans importance que le fait omis soit en causalité avec le sinistre. On peut dès lors se dispenser d'examiner s'il y a en l'espèce un rapport de causalité entre les faits tus par la demanderesse et son hospitalisation.

Le fait que la défenderesse ait, manifestement par erreur, fait référence à l'art. 15 CGA de l'assurance patient privé, édition 1993, au lieu de l'art. 16 est irrelevant. En effet, d'une part, dans sa lettre du 21 septembre 1994 [...], elle invoque ex-

pressément la réticence, tout en informant qu'elle entend se départir du contrat avec effet rétroactif au 1er juillet 1994, attendu que selon les informations en sa possession, lors de la conclusion de ce contrat, elle n'a pas déclaré ou omis de le faire un fait important qu'elle connaissait ou devait connaître. L'art. 15 CGA précité ne concerne à l'évidence pas les cas de réticence, mais les contraventions à l'art. 13 CGA, soit la violation de l'obligation de produire les justificatifs en cas de sinistres. Enfin, il sied de relever à cet égard que l'assureur qui entend se prévaloir de l'art. 6 LCA n'est pas tenu de déclarer expressément qu'il résout le contrat pour cause de réticence; il faut au moins qu'il ait, dans le délai prévu, contesté en termes non équivoques son obligation de payer, en faisant état des fausses déclarations du proposant (Viret, 1991, op. cit., p. 103; König, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 1967, p. 178). L'erreur de la défenderesse à cet égard ne saurait conduire à admettre, tel qu'allégué en plaidoiries, que la réticence au cas d'espèce ne pourrait être admise que si le fait tu était en relation de causalité avec le sinistre.

b) Selon la doctrine et la jurisprudence, le fait important en litige doit être tel que, si l'assureur en avait eu connaissance, ou en avait connu la nature exacte, sa détermination de conclure l'assurance aurait pu être différente; la proposition aurait été refusée, par exemple, ou ajournée, ou acceptée à d'autres conditions (Viret, 1991, Droit des assurances privées p. 100). En effet, lorsque l'assureur refuse ses prestations en invoquant les indications que le preneur d'assurance lui a données au sujet d'un fait important pour l'appréciation du risque au sens de l'art. 4 LCA, il reste loisible au preneur d'assurance d'apporter la preuve que dans le cas particulier, sa déclaration sur le fait en question n'a en réalité pas exercé d'influence sur la volonté de l'assureur, en d'autres termes, que l'assureur aurait conclu le contrat tel qu'il a été passé même si le fait en question n'avait pas été déclaré ou avait été déclaré différemment (ATF 99 II 67 = JT 1973 I 573; Viret, 1991, op. cit., 97). C'est précisément ce que tente de démontrer la demanderesse.

Il importe de relever ici qu'il n'incombe pas à l'assureur de prouver qu'il aurait refusé la proposition d'assurance si les réponses au questionnaire avaient été exactes (Viret, op. cit. p. 101). Le fardeau de la preuve incombe dès lors à la demanderesse. De plus, l'assureur n'est pas tenu, en général, de rechercher les faits importants pour l'appréciation du risque, ni de vérifier l'exactitude des renseignements donnés par le proposant sur de tels faits (ATF 99 II 67 = JT 1973 I 578). Il peut se référer aux réponses données par le proposant pour apprécier le risque, sans que l'on puisse lui reprocher d'avoir négligé de procéder à d'autres compléments d'informations, tel qu'en l'espèce, le fait de ne pas s'être renseigné auprès du Dr. B. en présence de la mention que la demanderesse avait effectué un contrôle "simple annuel" auprès de ce médecin en 1992.

Il a notamment été jugé à cet égard que dans l'assurance en cas de maladie, touche un fait important pour l'appréciation du risque, la question par laquelle l'assureur veut savoir si la personne à assurer s'est soumise à un contrôle radiographique au cours des 5 dernières années (Viret, 1991, op. cit., p. 97). Dans un cas d'assurance sur la vie, il a été tranché que la question posée relative aux médecins consultés, ainsi qu'à la date et à la raison de ces consultations concerne des faits qui touchent l'état de santé présent et passé de la personne à assurer ou doivent tout au moins fournir des indices pour juger de cet état, soit indubitablement des faits permettant d'apprécier le risque. On ne peut cependant pas dire d'emblée que tout fait englobé dans le texte de cette question est un fait important qui doit être annoncé à l'assureur comme élément de risque, p. ex. pour les consultations médicales provoquées par des troubles isolés de la santé, comme cela peut arriver occasionnellement à chacun ou pour les personnes qui souffrent d'une maladie chronique; cette question ne peut signifier qu'on doive indiquer tous les médecins

consultés pour cette maladie; l'indication des médecins consultés en dernier lieu suffira en règle générale (ATF 75 II 158=JT 1949 I 563 et réf. citées).

Dans le domaine particulier de l'assurance-maladie, l'assuré constitue le support du risque. La fréquence et la gravité de ses maladies jouent un rôle déterminant dans l'évaluation de son recours aux prestations d'assurance. Le début et la gravité d'une maladie sont en principe fortuits, c'est-à-dire qu'ils échappent à toute prévision, sinon la maladie ne pourrait pas faire l'objet d'une assurance. En assurance-maladie, il est fait une différence entre le risque objectif (caractérisé par l'âge, le sexe, la profession et l'environnement) et le risque subjectif (soit l'état de santé, le comportement individuel et la surassurance). L'état de santé de l'assuré constitue une caractéristique déterminante du risque subjectif. Dans l'examen du risque en assurance privée, l'assureur décide librement du risque qu'il veut assurer et de ses conditions. Il doit considérer comme inassurable tout risque qui n'est pas subjectivement digne de confiance ou qui permet de prévoir un sinistre imminent, voire même, dans des cas extrêmes, probablement réalisé. Les caractéristiques objectives de la tarification peuvent être constatées sans difficulté grâce aux questions posées dans la proposition. Quant aux données subjectives, elles doivent faire l'objet d'un examen approfondi. Celui-ci revêt une importance toute particulière en assurance-maladie car un risque tarifé et accepté ne peut plus, par la suite, être transféré dans une classe différente ou refusé. L'assureur-maladie renonce en effet à son droit de résilier la police après signature du contrat et il garantit le maintien de l'assurance aux conditions initialement fixées. L'assureur-maladie, comme l'assureur-vie, n'a pas la possibilité de rectifier une erreur d'appréciation initiale à moins que l'assuré n'ait violé son obligation de dire la vérité (art. 6 LCA, voir en l'espèce l'art. 10 CGA de la police litigieuse). Le problème se pose différemment dans les autres branches d'assurance.

L'appréciation de l'état de santé du proposant revêt donc une importance particulière, ce qui justifie le nombre et la variété des questions contenues dans la formule de proposition. Particulièrement significatives sont les questions se rapportant aux consultations médicales, aux examens médicaux et aux tests de santé ayant eu lieu au cours d'une période, habituellement de 2 à 5 ans, précédant la souscription de la proposition. En définitive, l'appréciation du risque repose essentiellement sur l'état de santé présent et sur son évolution probable. La question décisive est de savoir comment évolueront les troubles actuels et si le risque de rechute de maladies antérieures est important (Bücher, 1985, Assurance maladie privée, p. 71 à 76).

Au cas présent, la question 11 b) de la proposition d'assurance du 7 décembre 1993 constituait une question simple, claire et précise posée par l'assureur au sujet des médecins consultés au cours des deux dernières années. Considérant ce qui précède, la réponse à cette question était de nature à influencer sur la détermination de l'assureur de conclure la police d'assurance tel qu'il l'a fait. Cette question 11 b) n'implique pas une interprétation à faire, telle que la question qui a trait à l'existence de telle ou telle maladie qui présuppose définie la notion même de "maladie" (notamment ATF 116 II 338 précité qui a trait à la notion de maladie grave). Elle ne nécessitait pas un effort de réflexion particulier de la part de la demanderesse, ceci d'autant plus que la consultation chez le Dr. B. ne précédait la date de rédaction de la proposition d'assurance que d'une quinzaine de jours et qu'elle s'est souvenue d'un contrôle annuel chez son médecin durant l'année 1992. Une réponse complète à cette question aurait été de nature à inciter la défenderesse à prendre des renseignements complémentaires pour s'assurer du bon état de santé de la demanderesse au moment de la conclusion de la police d'assurance. Ce fait était susceptible d'amener à tout le moins à un ajournement de la conclusion du contrat

d'assurance, voire à un refus ou à une admission avec réserve, compte tenu qu'en janvier 1994 déjà, soit moins d'un mois après la signature de ladite proposition, la demanderesse a consulté le Dr. G. qui a suspecté la présence de kystes. La présente procédure n'a au demeurant pas établi médicalement que les troubles présentés au bas-ventre par la demanderesse en novembre 1993 étaient sans rapport aucun avec ceux présentés également au niveau du ventre en juillet 1994 et ayant nécessité son hospitalisation.

Dès lors, en omettant de répondre complètement à la question posée sous ch. 11 b) de la proposition d'assurance, la demanderesse a omis de signaler des faits qui lui étaient connus ou qui devaient être connus d'elle et qui étaient de nature à influencer sur la détermination de l'assureur de conclure le contrat tel qu'il a été conclu; il s'agissait donc de faits importants.

Il est ainsi établi qu'elle a violé ses obligations légales et contractuelles, de telle sorte que la défenderesse était, en principe, en droit de se prévaloir de l'article 6 LCA. Comme elle s'est départie du contrat dans les quatre semaines à partir du moment où elle a eu connaissance des faits tus ([...] voir la réponse du Dr. B. sur le courrier du 5 septembre 1994 et la lettre de la défenderesse du 21 septembre 1994), elle était en droit de se départir du contrat d'assurance en cause et de refuser de couvrir le sinistre litigieux.

Le fait que ce soit son amie, agent d'assurance chez la défenderesse, qui ait rempli la proposition litigieuse est irrelevante. En effet, lorsque le proposant signe la proposition contenant les réponses inscrites par l'agent, il assume en principe la responsabilité de ces réponses. On ne peut envisager d'imputer le comportement d'un agent que dans la mesure où l'agent a donné au proposant des explications ou des renseignements au sujet de questions peu claires ou ambiguës (RJJ 1994, 357 et réf. citées), ce qui n'est pas allégué en l'espèce.

Enfin, l'art. 8 ch. 1 LCA ne trouve pas application dans la présente affaire. En effet, la réticence n'a pas trait au fait que la demanderesse a caché une maladie antérieure, qui était cas échéant guérie au moment de la signature de la proposition d'assurance. D'ailleurs même dans ce cas, la disposition précitée serait inapplicable; en effet des maladies antérieures, non déclarées ou déclarées de manière incomplète ou inexacte, constituent des cas de réticence que l'assureur peut invoquer pour se départir du contrat; la guérison ne faisant pas disparaître le fait, qui subsiste, ces affections ayant peut-être laissé des séquelles (Viret, 1991, op. cit. p. 106).

La demanderesse doit en conséquence être déboutée de sa conclusion tendant au remboursement des frais d'hospitalisation par Fr. 7'087,05 objet de la facture du 31 octobre 1994.

Par contre, il importe de constater selon les déclarations concordantes des parties en audience que la demanderesse a payé intégralement par Fr. 1'342.-- les primes d'assurance. Or, aux termes de l'art. 25 al. 1 LCA, en cas de réticence notamment, l'assureur conserve son droit à la prime pour la période d'assurance en cours au moment de la résiliation. Selon la police d'assurance litigieuse datée du 25 mars 1994 [...], le paiement des primes était fixé trimestriellement, moyennant supplément de prime selon l'art. 11 al. 1 CGA. La première période de prime trimestrielle (Fr. 345,60) s'étendait du 1er juillet 1994 au 30 septembre 1994. La défenderesse ayant invoqué la réticence par courrier du 21 septembre 1994, elle n'a dès lors droit qu'à cette première prime et doit en conséquence être condamnée à rembourser à la demanderesse le solde des primes payées, soit Fr. 996,40.

Vu le résultat auquel il est parvenu la demanderesse doit être condamnée à payer les frais de la procédure ainsi que les dépens de l'adverse partie.