

Tribunal civil du district de Neuchâtel, 23 août 2000,
N. c. la Caisse Vaudoise, Lausanne

Faits/Motifs: Le 29 décembre 1995, M. N. signait une proposition d'assurance avec la Caisse Vaudoise pour l'assurance maladie obligatoire et une assurance complémentaire régie, elle, par la loi sur le contrat d'assurance.

Entre autres renseignements sur son état de santé, elle répondit non à la question: "a-t-on diagnostiqué ou avez-vous constaté vous-même l'une ou plusieurs affections mentionnées ci-dessous: (...) varices / hémorroïdes?"

En outre, elle disait avoir consulté un médecin la dernière fois en 1994, pour une grippe, et n'avoir jamais été hospitalisée pour un cri de maladie.

Le 5 juillet 1998, la demanderesse était hospitalisée aux C. pour une crossectomie et une phlébectomie. Les frais liés à cette opération s'élèvent en tout à Fr. 9'500,55.

Ayant appris, par le rapport du médecin traitant, le Dr G. Ch., que M. N. avait des varices depuis 20 ans, que ces dernières s'étaient aggravées à chaque grossesse et qu'il s'agissait d'un "status post troubles veineux profonds en 1979 et 1992", la Caisse Vaudoise invoqua la réticence décida d'exclure du contrat les assurances complémentaires (hospitalisation en division privée et risques spéciaux) et limita ses prestations au forfait en chambre commune, soit Fr. 418.-- par jour. L'hospitalisation ayant duré 3 jours, et la participation de l'assurée étant de Fr. 745,20, le remboursement prévu était de Fr. 508,80.

M. N. conteste le cri de réticence et affirme qu'à tout le moins le fait qui aurait été l'objet de la réticence avait cessé d'exister avant le sinistre.

Elle demande donc que les prestations de l'assurance soient payées en fonction du contrat initial, arrondissant toutefois ses conclusions à Fr. 8'000.-- pour rester dans le cadre de la procédure orale.

Trois médecins ont été interrogés dans le cadre de l'administration des preuves, soit le Dr P. T., chef du service de chirurgie dans lequel travaillait le Dr Ch., le Dr V. B., gynécologue de la demanderesse qui la traita pendant deux de ses trois grossesses, et le Dr N. S.-G., spécialiste de chirurgie phlébologie que la demanderesse avait consultée depuis le début de l'année 1998 et qui avait ordonné l'opération du mois de juillet.

Le seul de ces médecins qui ait connu la demanderesse avant la signature de la proposition d'assurance est le Dr B. qui l'a suivie depuis 1985. Dans son courrier du 12 novembre 1999, il évoque:

- un status variqueux important lors de la première grossesse, justifiant le port de bas de contention et la prise d'une médication veinotonique;
- une aggravation du status lors de la seconde grossesse, se compliquant d'une thrombophlébite profonde du membre inférieur droit qui justifia une hospitalisation d'un peu

plus d'une semaine et l'instauration d'un traitement anti-coagulant et dont les séquelles durèrent plus de 2 mois après l'accouchement;

- une consultation du 3 octobre 1995 lors de laquelle la patiente s'était plainte de douleurs du membre inférieur droit, probablement résiduelles de sa thrombose antérieure.

Les réponses, lapidaires, du Dr T. du 23 novembre 1999 précisaient qu'il n'y avait pas eu de consultation à l'Hôpital des C. avant juillet 1998, que l'existence de varices avait été diagnostiquée au début de 1998, que l'opération était prévisible depuis mars 1998 mais pas en décembre 1995.

Quant au Dr S.-G., elle expliquait, dans son rapport du 18 novembre 1999:

- qu'elle avait été consultée dès le 16 janvier 1998 pour des douleurs d'origine variqueuse survenues quelques semaines auparavant;

- que M. N. n'avait jamais consulté de médecin spécialiste auparavant;

- que ces problèmes de varices, totalement asymptomatiques, étaient apparus progressivement après ses grossesses;

- qu'elle ne pouvait se douter, en décembre 1995, d'une future intervention chirurgicale puisqu'elle ne ressentait alors aucune douleur;

ajoutant, dans un complément du 24 février 2000:

- que sa patiente lui avait parlé de la thrombose veineuse profonde dont elle avait souffert pendant sa 3^{ème} grossesse (soit celle que le Dr B. indiquait comme étant la seconde) et qui avait justifié un traitement anti-coagulant pour 3 mois;

- qu'elle n'avait plus guère souffert depuis, sinon par des sensations d'inconfort ou de lourdeur et par un œdème accentué pendant les périodes chaudes;

- que la pathologie qui avait justifié des consultations puis l'opération de 1998 était différente de celle de 1992 en ce sens qu'il s'agissait d'une thrombophlébite superficielle subaiguë (soit l'inflammation d'une varice sous le genou);

- que cet épisode était certainement en relation avec un status variqueux existant;

- qu'elle avait en effet constaté, le 16 janvier 1998, un œdème du membre inférieur droit avec un status variqueux important de la cuisse et de la jambe.

Selon l'art. 4 LCA, qui traite des obligations du proposant, ce dernier "doit déclarer par écrit à l'assureur suivant à un questionnaire ou en réponse à toute autre question écrite

tous les faits qui sont importants pour l'appréciation du risque, tels qui lui sont ou doivent être connus lors de la conclusion du contrat".

Selon l'art. 6 de la même loi, "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 4 semaines à partir du moment où il a eu connaissance de la réticence". Au sujet du respect du délai, on observe que le rapport du Dr Ch. est parvenu à la Caisse Vaudoise le 23 juillet 1998 et que cette dernière se départissait du contrat par courrier recommandé du 5 août.

Il ressort des rapports médicaux que la demanderesse a commis trois erreurs dans les réponses qu'elle a données le 29 décembre 1995, d'abord en indiquant qu'elle n'avait consulté aucun médecin depuis 1994 alors qu'il est établi qu'elle s'était fait examiner par le Dr B. le 3 octobre 1995 (date à laquelle elle se plaignait de douleurs dans le membre inférieur droit, probablement résiduelles de sa thrombose antérieure), en affirmant n'avoir jamais souffert de varices et n'avoir jamais été hospitalisée pour un cas de maladie, alors qu'il est à nouveau établi qu'elle l'a été, pour des problèmes de thrombophlébite profonde, entre le 13 et le 22 février 1992.

Si la première et la dernière de ces réticences ne peuvent être retenues formellement, à défaut d'avoir été invoquées, elles n'en éclairent pas moins, subjectivement, celle qui est litigieuse ici, et qui a trait au point de savoir si l'on avait diagnostiqué ou si M. N. avait constaté elle-même des varices. A cette question, elle aurait naturellement dû répondre que oui, quitte à spécifier que ces varices étaient liées à ses grossesses. L'affection avait été suffisamment importante et avait justifié des soins d'une ampleur telle qu'il n'était pas possible qu'elle ignore l'importance que cela pouvait représenter pour la compagnie d'assurance, laquelle avait, comme elle le souligne dans ses conclusions en cause, le droit d'estimer le risque en fonction de critères exacts et objectifs.

Cela est d'autant plus vrai que, contrairement à ce qu'affirme la demanderesse dans ses conclusions en cause et comme le rappelle le Dr S.-G. dans son second rapport, la pathologie constatée en 1998 était certainement en relation avec un status variqueux existant.

La réticence est donc caractérisée et entraîne, pour la défenderesse, le droit de se départir du contrat conformément à l'art. 6 LCA. Il est en effet établi que la condition du ch. 1 de l'art. 8 LCA, qui empêche l'assureur de se départir du contrat "si le fait qui a été l'objet de la réticence a cessé d'exister avant le sinistre" n'est pas réalisée puisque, précisément, le status variqueux existait toujours, comme le rappellent les Drs S.-G. et B.

La demande doit donc être rejetée et la conclusion (implicitement reconventionnelle) n° 3 de la défenderesse accueillie.

La procédure est gratuite (art. 17 de l'arrêté fixant la procédure en matière de contestation relative à l'assurance maladie sociale et aux assurances complémentaires, RSN 821.105) et il n'a pas été demandé de dépens.

Vu les art. 4, 6 LCA, 43 de la loi cantonale d'introduction à la loi fédérale sur l'assurance maladie (RSN 821.10) et les art. 341 ss CPCN,

PAR CES MOTIFS

1. Rejette la demande.

2. Constate que la Caisse Vaudoise était fondée à annuler rétroactivement les assurances complémentaires HC3 et RS2 de Mme M. N., dès le 1er janvier 1997.

3. Statue sans frais.

4. Dit qu'il n'est pas alloué de dépens.

Le présent jugement est susceptible de recours par le dépôt, dans les 20 jours, d'un mémoire motivé au greffe de ce tribunal (art. 416 CPCN).