



TRIBUNAL CIVIL DU DISTRICT
DE BOUDRY

Réf. : PO.2003.49/vt

JUGEMENT
du 20 octobre 2004

Président: Cyril Thiébaud
Greffière: Verena Tripet

Partie demanderesse: X
représentée par Me Pierre Heinis, avocat à Neuchâtel,

Partie défenderesse: Caisse-Maladie Y
représentée par Me Dominique Wittwer Droz, avocate à
Neuchâtel,

Vu la demande déposée le 11 juillet 2003 par X
représentée par Me Pierre Heinis, avocat à Neuchâtel,

contre la Caisse-maladie Y , représentée par Me Dominique Wittwer Droz,
avocate à Neuchâtel,

portant pour conclusions:

- 1. Constater que la réticence invoquée par la défenderesse est inexistante, que partant le contrat la liant à la demanderesse est toujours en vigueur et les prestations prévues dans la police d'assurance dues.*
- 2. Condamner la défenderesse à payer à la demanderesse la somme de Fr. 20'241.35 avec intérêts à 5% à compter du jour du dépôt de la présente demande.*
- 3. Sous suite de frais et dépens.*

Vu la réponse déposée par la défenderesse le 22 août 2003, portant pour conclusions :

1. *Rejeter la demande en toutes ses conclusions.*
2. *Sous suite de frais et dépens.*

Attendu qu'à l'audience d'instruction du 2 septembre 2003, les parties ont confirmé les conclusions ci-dessus;

Vu les procès-verbaux des audiences du 30 avril et du 9 juillet 2004;

Vu les conclusions en cause déposées par les parties les 18 et 19 mai 2004;

Vu les preuves administrées et le dossier;

CONSIDÉRANT :

1. Du dossier et des preuves administrées, il ressort ce qui suit:

En avril 1998, X a souffert de maux de dos en raison desquels elle a consulté la Dresse G . Il s'agissait de lombalgies en barre irradiant dans le membre inférieur droit, avec un syndrome lombo-vertébral, une sciatique droite et une aréflexie achilléenne droite. Une radiographie de la colonne lombaire a été effectuée, ainsi qu'un scanner de la même région. Le scanner a mis en évidence une discopathie lombaire L5-S1 et une hernie discale postéromédiane calcifiée. La Dresse G a ensuite adressé sa patiente à un service de neurochirurgie à Lausanne, au CHUV, dans le courant du mois de juin, car les douleurs persistaient. Il a cependant été renoncé à une opération. La Dresse G a revu X en juillet et en septembre 1998 pour un trouble de sensibilité persistant. La patiente avait cependant de moins en moins mal. D'avril à septembre, X a consulté 6 fois la Dresse G . Elle est allée à l'Hôpital de La Béroche pour une radiographie. Le scanner a été effectué sur demande du Dr F du Centre thermal d'Yverdon. Il y a eu sauf erreur 9 séances de physiothérapie jusqu'en juillet. La patiente est en outre allée une fois au CHUV. En avril, la Dresse G lui avait également prescrit un relaxant musculaire (Parafon) et un anti-inflammatoire (Spedifen) (voir PL 5 demanderesse et procès-verbal d'audition de la Dresse Gretillat du 30 avril 2004).

Le 20 mai 1999, X a signé une proposition d'assurance et déclaration d'adhésion pour une assurance complémentaire à l'assurance maladie qu'elle souhaitait contracter avec la caisse-maladie Y, membre du Z. L'assurance complémentaire souhaitée, régie par la LCA, était du type "P", sans franchise en cas d'hospitalisation. Outre la proposition d'assurance et déclaration d'adhésion, X a répondu à un questionnaire médical qu'elle a signé et qui comportait, au numéro 3, la question suivante : *Avez-vous été hospitalisé(e) ou subi un traitement médical?*, question suivie par un tableau à compléter en cas de réponse positive avec l'indication du genre de maladie ou d'accident, de l'année, de la durée du traitement et du médecin traitant ou de l'hôpital. A cette question, X a répondu négativement. Suite à cette proposition d'assurance et déclaration d'adhésion, X a été mise au bénéfice d'une assurance complémentaire "Global-privée" maladie/accident.

Le 1^{er} novembre 2000, X a dû à nouveau consulter la Dresse G pour des lombalgies apparues dans la nuit du 29 octobre, irradiant dans le membre inférieur gauche. Elle présentait alors une aréflexie achilléenne gauche et un pied tombant. La Dresse G l'a alors adressée au CHUV en raison de la paralysie partielle du pied. Le 15 novembre 2000, elle a été opérée par le Dr A à la Clinique de la Source. Le protocole opératoire établi par ce neurochirurgien indique comme type d'intervention : *"Laminectomie complète de L5 et hemilaminectomie supérieure de S1 à gauche pour cure d'une importante hernie discale paresiante L5-S1 gauche luxée vers le haut avec sténose ostéoligamentaire associée"*. (PL. 41 défenderesse). Dans le questionnaire médical confidentiel établi à l'intention de la Caisse maladie Y, le Dr A a mentionné que la patiente avait été suivie par la Dresse G à Saint-Aubin et avait des antécédents de lombalgies occasionnelles depuis 2 ans (PL 42 défenderesse). A réception de ce document, la caisse maladie Y a adressé à la Dresse G un questionnaire médical à renvoyer à son médecin conseil, le Dr B. Selon la défenderesse, la réponse de la Dresse G audit questionnaire date du 30 janvier 2001. Cette réponse a été traitée par le médecin conseil le 12 février 2001. Ce dernier a alors conseillé à la caisse maladie de refuser le cas (hernie discale L5 - S1) (PL 46 défenderesse).

Au vu de ce qui précède, considérant que X avait fait une fausse déclaration constituant une réticence au sens de l'article 6 LCA, la caisse maladie Hermes, par courrier recommandé du 15 février 2001, a communiqué ce qui suit à

l'assuré: "En application des dispositions prévues par l'article précité, nous nous voyons dans l'obligation de procéder à l'annulation rétroactive de notre contrat d'assurance complémentaire dès son entrée en vigueur, les primes versées au titre de cette couverture nous étant acquises. Pour le surplus nous nous réservons le droit d'exiger le remboursement des prestations versées par le biais de votre assurance complémentaire P . Cependant, afin d'éviter des conséquences fâcheuses d'une annulation de contrat, notre caisse maladie vous donne la possibilité de maintenir votre contrat, aux conditions mentionnées sur la déclaration de consentement annexée. Afin de satisfaire les exigences légales, nous vous invitons à nous retourner ce formulaire dûment daté et signé par vos soins, à l'aide de l'enveloppe-réponse annexée. Sans nouvelles de votre part dans un délai de 10 jours, nous considérerons que vous avez renoncé à votre contrat." (PL 2 demanderesse). La déclaration de consentement annexée à ce courrier prévoyait que la couverture de l'assurance complémentaire P était grevée d'une réserve dès le 1^{er} janvier 2000 pour "hernie discale L5-S1" (PL 52 défenderesse). X a répondu par lettre du 19 février 2001 en indiquant qu'elle désirait conserver son contrat d'assurance complémentaire mais qu'elle n'était pas à même de remplir la déclaration de consentement pour la modification dudit contrat, raison pour laquelle elle sollicitait une prolongation du délai pour prendre position. A suivi un important échange de correspondances entre l'assurée, puis son mandataire, et la caisse-maladie. Ont également été établis divers certificats médicaux dont il ressort, en substance, qu'au moment de son admission dans l'assurance en 1999, la patiente pouvait s'estimer guérie (en sachant qu'elle devrait ménager son dos, voir témoignage G : du 30 avril 2004) et ne pouvait pas être au courant de l'évolution ultérieure quant à une discopathie L5-S1 gauche (PL 13 demanderesse).

Finalement, après avoir déclaré vouloir conserver son assurance P sans réserve, ou alors avec une réserve sur L5-S1 droite (PL 14 demanderesse), X

a accepté une modification de son contrat d'assurance par la mention d'une réserve "hernie discale L5-S1" selon déclaration de consentement signée le 16 avril 2002 (PL 21 demanderesse).

2. Par demande du 11 juillet 2003, X prétend à ce qu'il soit constaté que la réticence invoquée par la défenderesse est inexistante, donc que le contrat d'assurance (P) est toujours en vigueur et à ce que la défenderesse soit condamnée à lui payer la somme de Fr. 20'241.35 avec intérêt, somme correspondant à l'addition des factures de la Clinique de la Source, du Dr A , du Dr

J , du Dr R et de l'aide familiale pour un total de Fr. 18'241.35, plus Fr. 2'000.00 de participation aux frais d'avocat avant procès. La valeur litigieuse est donc de Fr. 20'000.00.

A teneur de l'article 4 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. Sont 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. Sont réputés importants les faits au sujet desquels l'assureur a posé par écrit des questions précises, non équivoques.

En l'espèce, la question no 3 du questionnaire médical signé par la demanderesse, à savoir "avez-vous été hospitalisé(e) ou subi un traitement médical?" est précise et non équivoque. La réponse apportée à cette question est donc réputée correspondre à un fait important pour l'appréciation du risque. De surcroît, il est incontestable que la demanderesse avait connaissance du fait dont elle aurait dû faire mention dans sa réponse. Quelques 8 mois après la fin du traitement de 1998, qui avait consisté en de nombreuses consultations médicales, séances de physiothérapie, examens médicaux (radiographies, scanner, consultation d'un spécialiste au CHUV) et prescriptions de médicaments, X ne pouvait pas, de bonne foi, affirmer qu'elle n'avait pas été hospitalisée ou qu'elle n'avait pas subi un traitement médical. En répondant négativement à la question 3, elle a donc manifestement violé son obligation de déclaration lors de la conclusion du contrat au sens de l'article 4 LCA, même s'il peut être admis qu'elle était fondée à répondre aux questions 1 et 2 dudit questionnaire médical qu'elle était en parfaite santé et qu'il n'y avait pas de traitement médical ou d'hospitalisation envisagés ou prévisibles. Peu importe également, que la demanderesse ait signalé ou non au courtier avec qui elle a répondu au questionnaire médical l'existence d'une hernie discale ancienne. En effet, selon une jurisprudence abondante, l'assureur n'est pas responsable des actes d'un agent négociateur, tel un courtier en assurances, alors qu'en revanche le proposant est responsable du contenu de la proposition sur laquelle il appose sa signature (voir notamment notes ad article 4, 8 chiffres 3 et 4, 34 LCA in LCA annotée par Olivier Carré, édition mai 2000). Au demeurant, il convient de relever que, dans un premier temps, la demanderesse a déclaré à la défenderesse qu'elle avait oublié ses maux de dos de 1998, raison pour laquelle elle ne les avait pas mentionnés (lettre du 11 mai 2001, PL 14 demanderesse).

Par la suite, elle a déclaré avoir signalé au courtier, J , qu'elle avait eu une hernie discale. Selon ce dernier, qui a été entendu comme témoin, la demanderesse avait parlé de faits anciens, remontant à une quinzaine d'années, et que si elle lui avait parlé d'une hernie discale et d'un traitement remontant à une année ou deux ans, il n'aurait pas manqué de le signaler dans le questionnaire. Il est donc loin d'être établi que X

aurait parlé à l'agent négociateur de son affection dorsale et de son traitement de 1998. Il est en revanche probable qu'elle lui a parlé d'une hernie discale ancienne, d'une part parce qu'elle avait eu des maux de dos en 1976, d'autre part parce qu'elle avait appris au CHUV (en 1998) qu'elle avait une hernie discale calcifiée, donc ancienne (voir procès-verbal d'interrogatoire de X du 30 avril 2004).

A teneur de 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 4 semaines à partir du moment où il a la connaissance de la réticence.

En l'occurrence, la demanderesse a bien commis une réticence en taisant le traitement qu'elle avait subi quelques mois avant de signer la proposition d'assurance et déclaration d'adhésion du 20 mai 1999. La défenderesse était donc en droit de se départir du contrat d'assurance avec effet rétroactif, comme elle l'a fait savoir à X par courrier recommandé du 15 février 2001. A cette date, le délai de 4 semaines de l'article 6 LCA n'était pas échu puisque ce n'est qu'au moment où la défenderesse a été informée des réponses de la Dresse G du 30 janvier 2001 et de leur analyse par son médecin conseil qu'elle a été suffisamment orientée sur tous les points touchant à la réticence (op. cit., note ad article 6 LCA, pages 148ss).

Le contrat portant sur une assurance complémentaire "P " a finalement été maintenu avec une réserve par un accord entre parties scellé par la signature, le 16 avril 2002, de la déclaration de consentement proposée par la défenderesse à la demanderesse. A teneur de cette déclaration, sont exclus de la couverture complémentaire dès le 1^{er} janvier 2000 tous traitements relatifs à l'hernie discale L5-S1. Cette réserve apparaît tout à fait valable. Non seulement, elle est en rapport avec la réticence de la demanderesse et avec l'affection dont cette dernière a souffert en 1998 et en 2000, mais elle est aussi conforme aux Conditions générales pour les assurances

maladie complémentaires du Z , dont fait partie la caisse maladie Y (article 8 CGC).

En conséquence de ce qui précède, la demande doit être intégralement rejetée.

3. En vertu de l'article 17 de l'Arrêté fixant la procédure en matière de contestation relative à l'assurance maladie sociale et aux assurances complémentaires, du 23 février 2004, la procédure est gratuite pour les parties, sous réserve de témérité. En l'occurrence, il n'y a pas lieu de déroger à la règle générale.

Même si la procédure est gratuite, il y a lieu de statuer sur les dépens. Comme la demanderesse succombe totalement, il se justifie de la condamner à payer à la défenderesse une indemnité de dépens de Fr. 600.00.

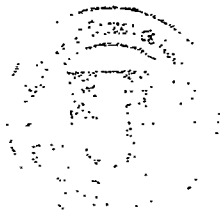
Vu les articles 4 et 6 LCA, 138ss CPCN, l'Arrêté fixant la procédure en matière de contestations relatives à l'assurance maladie sociale et aux assurances complémentaires du 23 février 2004,

PAR CES MOTIFS :

1. Rejette la demande.
2. Dit que la procédure est gratuite.
3. Condamne X à payer à la caisse-maladie Y Fr. 600.00 de dépens.

Boudry, le 18 octobre 2004

La greffière



Le président



Un recours peut être formé par le dépôt d'un mémoire motivé au greffe du tribunal de jugement dans les **20 jours** qui suivent la notification de la décision attaquée (art. 416 CPCN).

Expédition le 21 octobre 2004 :

- protocole
- dossier
- Me Pierre Heinis, avocat, Rue de l'Hôpital 11, Neuchâtel (2 ex.)
- Me Dominique Wittwer Droz, avocate, Promenade-Noire 6, Neuchâtel (2 ex.)