



TRIBUNAL CIVIL DU
DISTRICT
DE NEUCHÂTEL

Réf.: PO.2003.104/ds

JUGEMENT du 22 décembre 2004

Président : M.
Greffière : Mme

Vu la demande du 11 juillet 2003 par laquelle **S. C.**, à Neuchâtel, représenté par Me H., avocat à Neuchâtel, a pris à l'encontre de **S. Assurance-maladie SA**, à Z., les conclusions suivantes:

1. Constater que la réticence invoquée par la défenderesse est inexistante, que partant le contrat la liant au demandeur est toujours en vigueur et les prestations prévues dans la police d'assurance dues.
2. Condamner la défenderesse à payer au demandeur la somme de CHF 70'980.-- avec intérêts à 5% à compter du jour du dépôt de la présente demande.
3. Sous suite de frais et dépens.

Vu la réponse du 27 août 2003 par laquelle **S. Assurance-maladie SA**, Z., représentée par son service juridique, conclut, avec suite de frais et dépens, au rejet de la demande interjetée à l'encontre de **S. Assurances SA** dans la mesure où elle est recevable,

Vu le procès-verbal des audiences des 1^{er} septembre 2003 et 24 novembre 2003,

Oùï le demandeur lors de son interrogatoire,

Oùï les témoins P. B. et B. R., régulièrement exhortés et indemnisés,

Vu les conclusions en cause déposées les 30 avril et 3 mai 2004,

Vu le dossier et les preuves administrées,

CONSIDÉRANT :

1.

Dans sa demande, S. C. (né en 1963) expose avoir signé le 23 août 2001 une demande d'admission pour une assurance perte de gain ("Salaria LCA") auprès de S., laquelle a été acceptée avec effet au 1^{er} septembre suivant. Les primes mensuelles ont été fixées à CHF 110.50 et la couverture prévoyait le versement d'une indemnité journalière de CHF 130.-- dès le 31^{ème} jour d'incapacité de travail, ce pendant 720 jours. Après avoir été informée de la survenance d'une incapacité de travail totale dès le 30 novembre 2001, S. a sollicité un rapport médical "initial" détaillé au Dr R., médecin-traitant. Par lettre du 21 mars 2002, elle a signalé à son client qu'elle lui reprochait d'avoir commis une réticence lors de sa demande d'admission, en n'ayant pas mentionné avoir subi en 2000 un traitement pour état dépressif, affection à l'origine de la nouvelle incapacité de travail. Mis au courant de cette prise de position, le Dr R. s'est adressé à l'assureur, en lui indiquant que l'état dépressif diagnostiqué chez son patient en 2000 avait été causé par des soucis familiaux, qu'il avait été guéri à la fin de cette année-là et qu'il était sans lien aucun avec la dépression apparue depuis lors, laquelle était à mettre en relation avec une situation de chômage durable. S. a maintenu son refus d'intervention, soulignant qu'elle n'aurait jamais répondu favorablement à la demande d'admission si l'affection de 2000 y avait été rapportée. L'échange de courriers ultérieur n'ayant pas permis d'arriver à un accord, S. C. saisit le Tribunal en demandant que soit constatée l'inexistence d'une réticence et en réclamant le paiement de CHF 70'980.--, intérêts moratoires en sus, correspondant aux indemnités journalières dues pour la période janvier 2002 - juin 2003.

Dans sa réponse, la défenderesse précise que la demande est dirigée contre S. SA (...strasse 37 à Z.), société active dans le domaine de l'assurance accident, alors que le contrat litigieux a été conclu avec S. Assurance-maladie SA (...strasse 38 à Z.), qui intervient dans le secteur de l'assurance-maladie. Elle expose au surplus que S. C., au moment de remplir sa demande d'admission, a dû compléter un questionnaire de santé, dans lequel il a répondu par la négative à toutes les questions concernant l'existence d'affections actuelles ou passées ou de traitements médicaux subis antérieurement. Le 19 février 2002, elle a reçu plusieurs certificats médicaux du Dr R., qui attestaient une incapacité de travail à 100% dès le 30 novembre 2001. Elle a alors requis des

informations au Dr R., qui a retenu à titre de diagnostic une allergie au gluten, dont les premiers symptômes étaient apparus en avril 1999, et un état dépressif, s'étant déjà manifesté en 2000. Se fondant sur ces renseignements, elle a alors résilié l'affiliation avec effet rétroactif, considérant que S. C. avait commis une réticence.

2.

En audience, S. C. déclare être arrivé en Suisse en 1986 et s'être installé à Neuchâtel en 1990. Il explique s'être rendu chez P. B. , conseiller en assurance, pour conclure une assurance protection juridique pour son véhicule. Au cours de la discussion, il a dit qu'il était au chômage et son interlocuteur lui a proposé de contracter une assurance perte de gain, ce qu'il a accepté. Il confirme avoir répondu correctement aux questions que lui posait P. B. quant à son état de santé, puis avoir signé le document sans l'avoir lu, ne maîtrisant pas parfaitement le français. Avant d'être au chômage, il a travaillé chez M., où il a dû passer un examen médical à l'engagement. Il n'a pas jugé important de mentionner ce fait au conseiller en assurances, dans la mesure où l'examen avait été effectué chez son employeur et non chez son médecin privé. Il reconnaît avoir rencontré quelques soucis familiaux en 2000, notamment avec sa fille, mais relate n'avoir pas eu de problèmes de dépression et n'avoir pas été traité pour ce genre d'affection. Il admet avoir eu des problèmes d'allergie en 2001, dont il ignore la cause, bien qu'il les mette en relation avec sa situation de chômage.

3.

Les témoins suivants ont été entendus :

- P. B. , conseiller en assurances indépendant, explique que S. C. l'a consulté pour souscrire une assurance perte de gain en cas de maladie car il était au chômage et, de ce fait, n'était plus couvert contre ce risque. Il lui a lu le questionnaire de santé et a fait le nécessaire pour que son interlocuteur, qui n'est pas de langue maternelle française, comprenne le sens des questions. Il a coché les réponses en fonction de ce que le demandeur lui indiquait, n'ayant pas l'impression qu'un malentendu soit survenu entre eux. Avant de signer le document, S. C. l'a parcouru, sans toutefois le relire point par point.

- B. R., médecin, suit le demandeur depuis 1994, date à laquelle il a été consulté pour des douleurs à l'épaule. S. C. a rencontré des problèmes avec sa fille en 2000, ce qui lui a causé une grosse déception, que le témoin ne qualifie toutefois pas de dépression, puisqu'il n'y a pas eu de traitement particulier. Il pense avoir commis une erreur en indiquant dans le rapport médical initial destiné à la défenderesse que l'état dépressif remontait à l'an 2000. B. R. confirme avoir diagnostiqué un état dépressif en février 2002, pour lequel il a prescrit des antidépresseurs, du Tolvan étant toutefois administré depuis novembre 2001. Selon lui, le demandeur pouvait tout à fait considérer qu'il n'avait pas souffert d'un état dépressif à la signature du questionnaire de l'assurance. Le témoin précise que dans une note du 10 janvier 2002, il a fait référence à une hospitalisation intervenue pour des problèmes de dos en 1988 ou 1989, en utilisant le mot "dépression". Il ajoute cependant que ce terme n'avait qu'une portée anamnétique et non diagnostique, puisqu'il ne traitait pas le demandeur à cette époque.

4.

Les contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de l'article 12 al. 2 LAMal sont régies par la LCA et sont tranchées par le Tribunal de district, quelle que soit la valeur litigieuse (art. 43 al. 1 LILAMal, art. 14 de l'Arrêté fixant la procédure en matière de contestations relative à l'assurance-maladie sociale et aux assurances complémentaires). Les conditions générales d'assurance relatives au contrat prévoient qu'en cas de litige découlant des assurances complémentaires, l'ayant droit a le choix entre le for du siège principal suisse de S. ou celui de son domicile suisse (article 23 litt.b, édition 2002, PL16 demande). En conséquence, la compétence à raison du lieu du Tribunal de céans doit être admise, dès lors que le demandeur est domicilié à Neuchâtel et que cette élection de for est conforme à l'article 9 LFors.

5.

Il convient tout d'abord d'examiner la question de la qualité pour défendre (au sens de l'art. 162 al. 1 litt. d CPCN), ce qui doit être fait d'office, en tout état de cause (RJN 1980-1981 p. 96, 1990 p. 72). En effet, l'assureur soutient que S. C. aurait dû actionner S. Assurance-maladie SA, ...strasse 38 à Z., et non S. SA, ...strasse 37 à Z..

Il ressort du registre du commerce que les deux sociétés précitées sont des entités juridiques distinctes. En outre, il appert que selon le chapitre "Généralités" des conditions générales d'assurance (édition 2002, PL 16 demande) S. Assurance-maladie SA est "l'assureur responsable dans l'assurance-maladie sociale et pour les assurances complémentaires" - parmi lesquelles figure la couverture "S" souscrite par S. C. -, alors que S. SA est "l'assureur responsable pour l'assurance complémentaire" uniquement. Ainsi, on doit considérer que la demande est dirigée contre la mauvaise société. En principe, l'absence de légitimation passive devrait entraîner le rejet de la demande puisque seule est légitimée comme partie au procès celle qui est personnellement titulaire d'un droit ou contre laquelle personnellement un droit est exercé (Bohnet, CPCN commenté, 2003, note 2 ad art. 162 al. 1d). Ce nonobstant, il convient de ne pas faire preuve de formalisme excessif, à mesure que S. Assurance-maladie SA a clairement reconnu que la demande la concernait puisque, durant toute l'instance, c'est elle qui a procédé et non S. SA. Sur ce point, mais dans un autre domaine, le Tribunal fédéral a admis que si le débiteur peut reconnaître clairement – malgré la désignation fautive – que le commandement de payer lui est destiné, il ne saurait de bonne foi soutenir que l'indication inexacte laisse planer un doute sur son identité (ATF 114 II 335, JT 1989 I 337). La même jurisprudence précise encore que selon le principe de la confiance qui domine l'ordre juridique suisse, il suffit qu'en raison des circonstances, et nonobstant la désignation inexacte, le débiteur reconnaisse ou doive reconnaître que le créancier a l'intention de s'en prendre à lui. Les règles de la bonne foi n'autorisent pas le débiteur à tirer profit d'une désignation qui ne correspond pas à la réelle intention du créancier alors qu'il connaît cette réelle intention.

Ainsi, le Tribunal rectifiera la manière dont la défenderesse est désignée et admettra que le demandeur avait l'intention – reconnaissable et admise par l'adverse partie - d'actionner S. Assurance-maladie SA.

6.

La défenderesse invoque une réticence de S. C. lors de la conclusion du contrat d'assurance pour se départir de celui-ci avec effet à sa date d'entrée en vigueur, soit le 1^{er} septembre 2001. Elle reproche à l'intéressé d'avoir répondu de manière inexacte à diverses questions portant sur son état de santé.

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 (art. 4 al.1 LCA). 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 (art. 4 al.2 LCA). Sont réputés importants les faits au sujet desquels l'assureur a posé par écrit des questions précises, non équivoques (art. 4 al.3 LCA). Au sens 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 quatre semaines à partir du moment où il a eu connaissance de la réticence. Ces dispositions sont en substance reprises par l'article 25 des conditions générales d'assurance (édition 2002). Selon la jurisprudence, la présomption de l'article 4 al.3 LCA tend à faciliter la preuve de l'importance d'un fait pour la conclusion du contrat aux conditions prévues, en renversant le fardeau de la preuve (ATF 118 II 133). Les faits en question sont tous les éléments qui doivent être considérés lors de l'appréciation du risque et qui peuvent éclairer l'assureur, à savoir toutes les circonstances permettant de conclure à l'existence de facteurs de risque (ATF 116 II 339 cons. 1a, 116 V 226 cons. 5a et les arrêts cités).

En l'espèce, il ne fait aucun doute que S. C. a donné des informations inexactes au moment où a été remplie la déclaration de santé contenue dans la demande d'admission à l'assurance (PL 1 demande). Il a notamment répondu par la négative à la question concernant d'éventuelles maladies, actuelles ou passées, du système nerveux, telles que des états dépressifs, dépressions, vertiges, maux de tête chroniques, troubles du sommeil (ch. B 2.6). Le rapport médical initial du 11 mars 2002 établi par le Dr R. (PL 6 demande) mentionne pourtant dans le chapitre "Anamnèse" un "état dépressif important" dûment objectivé (v. réponse à la question 3) et dont les premiers symptômes sont apparus en 2000 (question 4). Puis, par lettre du 13 mai 2002 à S. (PL 8 demande), le médecin confirmait que son patient avait souffert d'un état dépressif en réaction à un souci familial en 2000, guéri complètement la même année. Ce n'est finalement que lors de l'audience du 24 novembre 2003 que le praticien a déclaré que le diagnostic d'état dépressif n'était peut-être pas adéquat et qu'il a ajouté avoir commis une erreur en indiquant que ledit trouble remontait à l'an 2000. Ces propos – tenus alors que le litige était pendant – ne sont toutefois pas convaincants et ne remettent pas en cause les précédentes observations du Dr R.. Il ressort en outre du dossier que le demandeur s'est plaint dans le passé de céphalées, de maux de tête et de vertiges, de sorte que sa réponse à la question B 2.6 était de toute façon incorrecte, indépendamment de la préexistence d'un état dépressif (v. le rapport de sortie de l'Hôpital de P. du 15.09.1989

joint à la lettre de la défenderesse du 12.02.2004 et les notes du Dr R. des 19.08.96, 02.02.2000 et 06.05.2000).

Par ailleurs, on observe que le proposant a mentionné dans le questionnaire n'avoir pas subi durant les 5 dernières années de contrôle ou de traitement médical ni n'avoir été traité par un physiothérapeute (question B 1.1). Il appert cependant qu'il a consulté son médecin de famille à plusieurs reprises durant la période précitée, dont trois fois en 2000. De plus, en 2000 toujours, des séances de physiothérapie lui ont été prescrites (v. notes du Dr R. des 02.02.2000 et 23.02.2000). Compte tenu de ces éléments récents, S. C. ne pouvait, de bonne foi, que répondre par l'affirmative à la question contenue dans la déclaration de santé. La portée de celle-ci était claire et ne pouvait lui échapper et il ne pouvait raisonnablement penser qu'il était anodin d'avoir rencontré un praticien à trois reprises en quelques mois, en raison de problèmes divers.

Par courrier du 13 octobre 2003, la défenderesse a signalé à son assuré qu'elle avait découvert en cours de procédure des "éléments supplémentaires de réticence", qui l'autorisaient à notifier une seconde fois qu'elle se départait du contrat. Le demandeur estime qu'un tel procédé n'est pas justifiable. Or, selon la doctrine, si l'assureur se réfère à une cause précise de réticence, lors même qu'il n'est pas tenu d'indiquer les motifs de sa décision, il ne se prive pas de la possibilité d'en faire valoir d'autres devant le juge (Viret, Droit des assurances privées, 3e éd., 1991, p. 103). De surcroît, toute fausse déclaration portant sur des faits distincts faisant l'objet de questions différentes constitue une réticence permettant à l'assureur de se départir du contrat dans le délai de quatre semaines dès le moment où il en a connaissance. Lorsque l'assureur a connaissance successivement, à des dates différentes, de diverses réticences concernant des faits importants et distincts, un délai autonome court pour chacune des réticences, à partir du moment où l'assureur en a connaissance. Même si le délai pour invoquer une certaine réticence n'a pas été respecté, l'assureur conserve le droit de se départir du contrat en se fondant sur une autre réticence portant sur un fait important et distinct, dans un nouveau délai partant dès le jour où il en a connaissance (ATF 109 II 159 cons. 2c). Dans le même arrêt (cons. 2a), la Haute Cour précise que l'assureur qui s'est départi d'un contrat en raison d'une réticence dans le délai de quatre semaines à compter du moment où il l'a connue, n'a pas à répéter sa déclaration de résolution si une autre réticence parvient ultérieurement à sa connaissance; il ne lui est cependant pas interdit de le faire.

En l'espèce, S. a reçu en copie les notes du Dr R. le 24 septembre 2003 au plus tôt (v. lettre de transmission du greffe). Après en avoir pris connaissance, elle a relevé ce qu'elle

considère comme des nouveaux cas de réticence et les a fait valoir par lettre du 13 octobre suivant, soit dans le délai de l'article 6 LCA. On doit la suivre – partiellement – dans son analyse. En effet, S. C. avait nié avoir souffert des os, des articulations et des muscles (question B 2.5), alors que les pièces médicales mentionnent à diverses reprises des plaintes pour des douleurs à la nuque et aux membres supérieurs (v. rapport de sortie précité et notes du Dr R. des 02.02.2000 23.021.2000). En revanche, on peut comprendre, vu l'écoulement du temps, que le demandeur ait omis d'indiquer qu'il avait été en incapacité totale de travail pendant plus de quatre semaines (question 1.7.1), bien qu'il se soit trouvé dans une telle situation pendant cinq semaines et demie, du 11 juillet au 19 août 1996 (v. note du 19.08.1996 du Dr R. ainsi que le procès-verbal de son audition).

Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que c'est à bon droit que la défenderesse s'est départie du contrat dans le délai légal, en invoquant une réticence de la part du demandeur. On rappellera ici qu'il n'est pas nécessaire qu'il existe un lien de causalité entre le fait caché ou inexactly déclaré et le sinistre (ATF 92 II 342 cons. 4). On peut également exclure que le contenu de la déclaration de santé ait échappé au proposant : celui-ci n'est certes pas de langue maternelle française mais il maîtrise suffisamment cet idiome pour saisir le libellé des questions, formulées en termes clairs et non équivoque, et y réserver les réponses adéquates, ainsi que l'a d'ailleurs confirmé le témoin P. B. . En outre, il est indéniable que les faits tus ou omis étaient de nature à influencer l'appréciation du risque par la compagnie d'assurance et pouvaient la conduire soit à demander des informations médicales complémentaires, soit à instaurer des réserves pour les affections préexistantes, soit à ne pas conclure le contrat.

7.

Mal fondée, la demande doit être rejetée dans toutes ses conclusions. Il est statué sans frais, la procédure étant en principe gratuite (article 47 al. 3 LSA). A mesure qu'il succombe, le demandeur devra verser à l'adverse partie une indemnité de dépens. Celle-ci sera toutefois limitée, la défenderesse ayant eu le tact de ne solliciter dans ses conclusions en cause que la prise en charge des frais de déplacements de la collaboratrice du service juridique qui s'est occupée du dossier.

Vu les art. 4, 6 LCA, 12 LAMal, 47 LSA, , 43 LILAMal, 152ss, 341ss CPCN

PAR CES MOTIFS :

1. Rejette la demande de S. C..
2. Condamne S. C. à verser à S. Assurance-maladie SA une indemnité de dépens de CHF
3. Statue sans frais.

Neuchâtel, le 22 décembre 2004

AU NOM DU TRIBUNAL CIVIL DU DISTRICT DE NEUCHATEL :

La greffière :

Le président :

Le présent jugement est susceptible de recours par le dépôt, dans les **20 jours** dès la notification du présent jugement sous peine de déchéance, d'un **mémoire motivé** au greffe de ce tribunal (art. 355 al. 3 et 416 CPCN).

Expédition le :

- Protocole
- Dossier
- Me H., avocat, Neuchâtel
- S. Assurance-maladie SA, Z.