



TRIBUNAL CANTONAL

Réf. : CCC.2004.188/mc

COUR DE CASSATION CIVILE

Président : M. François Delachaux
Juges : M. Niels Sörensen
Mme Marie-Pierre de Montmollin
Greffier : M. Dominique Deschenaux

Juriste-rédactrice : Mme Catherine Schuler

ARRET DU 20 AVRIL 2005

Vu le recours interjeté le 10 novembre 2004 par X, à Saint-Aubin, représentée par Me Pierre Heinis, avocat à Neuchâtel, contre le jugement rendu le 20 octobre 2004 par le Tribunal civil du district de Boudry dans la cause qui oppose la recourante à la Caisse-Maladie Y, représentée par Me Dominique Wittwer Droz, avocate à Neuchâtel,

vu le dossier,

d'où résultent les faits suivants :

A. 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 "G", sans franchise en cas d'hospitalisation. La proposition d'assurance précitée comprenait une partie "questionnaire médical". A la question "avez-vous été hospitalisé(e) ou subi un trai-

tement médical" (point 3 dudit questionnaire), la réponse "non" a été cochée. L'assurance complémentaire précitée a pris effet le 1^{er} janvier 2000.

Le 1^{er} novembre 2000, X a dû consulter son médecin de famille, la Dresse G , pour des lombalgies irradiant dans le membre inférieur gauche. La Dresse G l'a adressée au CHUV en raison de la paralysie partielle du pied. X a été opérée par le Dr A à la Clinique de la Source le 15 novembre 2000. La caisse-maladie Y s'est adressée à ce médecin par courrier du 23 novembre 2000 en lui soumettant un questionnaire médical qui lui permettrait de déterminer le droit aux prestations de l'assurée. Dans le questionnaire médical confidentiel établi à l'attention de la caisse-maladie Y , le Dr A a précisé que la patiente a été suivie par la Dresse G à St-Aubin en raison d'antécédents de lombalgies occasionnelles depuis deux ans. 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 caisse-maladie Y , 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.

Par lettre du 15 février 2001, la caisse-maladie Y a invoqué une réticence et a déclaré annuler la police d'assurance avec effet rétroactif dès son entrée en vigueur, sollicitant le remboursement des indemnités déjà versées. La caisse-maladie, dans le but d'éviter les conséquences fâcheuses d'une annulation de contrat, a toutefois donné la possibilité à X de maintenir le contrat, aux conditions mentionnées sur une déclaration de consentement annexée. Elle invitait l'assurée à retourner ledit formulaire dûment rempli. Cette déclaration de consentement prévoyait que la couverture de l'assurance complémentaire "G " était grevée d'une réserve dès le 1^{er} janvier 2000 pour "hernie discale L5-S1". 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. Après un important échange de correspondances entre l'assurée, puis son mandataire, et la caisse-maladie, X a finalement 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.

B. Le 11 juillet 2003, X a ouvert action devant le Tribunal civil du district de Boudry. Elle concluait à ce qu'il soit constaté que la réticence invoquée par

la caisse-maladie Y était inexistante et à ce que cette dernière soit condamnée à lui payer la somme de 20'241.35 francs avec intérêts à 5 % à compter du jour du dépôt de la demande, sous suite de frais et dépens. Elle faisait valoir, en substance, qu'au moment où elle avait rempli le questionnaire elle pensait de bonne foi être guérie de son affection lombaire survenue en 1998 (qui touchait son membre inférieur droit), qu'elle avait informé l'agent d'assurance de ses problèmes de dos et que celui-ci lui avait confirmé qu'elle n'avait pas à les mentionner. Par jugement du 20 octobre 2004, le Tribunal civil du district de Boudry a rejeté la demande et, statuant sans frais, condamné X à payer à la caisse-maladie Y 600 francs de dépens. En bref, il a retenu que X s'était rendue coupable d'une réticence et que l'affection pour laquelle celle-ci avait été opérée faisait l'objet d'une réserve.

C. X recourt contre cette décision. Invoquant une fausse application du droit matériel, l'arbitraire dans la constatation des faits et l'abus du pouvoir d'appréciation, elle conclut à la cassation du jugement entrepris. A titre principal, elle demande la constatation que la réticence invoquée par la caisse-maladie Y est inexistante et la condamnation de celle-ci à lui payer 20'241.35 francs avec intérêts à 5 % dès le 11 juillet 2003; subsidiairement, elle conclut au renvoi de la cause, le tout avec suite de frais et dépens de première et seconde instances. En substance, elle reprend les arguments développés devant l'autorité inférieure. Elle relève que selon l'avis de deux médecins, elle pouvait s'estimer guérie de l'épisode de 1998. Elle considère enfin que l'accord signé relatif à l'exclusion de la couverture complémentaire (réserve) ne s'appliquait pas à l'opération qu'elle a subie le 15 novembre 2000.

D. Le président du Tribunal civil du district de Boudry ne formule pas d'observation. Dans les siennes, la caisse-maladie Y conclut au rejet du recours dans toutes ses conclusions, sous suite de frais et dépens.

CONSIDERANT

en droit

1. Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable.
2. a) Aux termes 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 lui être connus lors de la conclusion du contrat (al.1). 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 (al.2). Sont réputés importants tous les faits au sujet desquels l'assureur a posé par écrit des questions précises, non équivoques (al.3). Les faits en question sont tous les éléments qui doivent être pris en considération lors de l'appréciation du risque à couvrir; il ne s'agit pas seulement des facteurs de risque, mais aussi des circonstances qui permettent de conclure à l'existence de facteurs de risque (arrêt du Tribunal fédéral du 9 août 2004 5C.43/2004; ATF 116 II 339; 118 II 336 et les arrêts cités). 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 (réticence) selon ce qui vient d'être exposé et au sujet duquel il avait été interrogé de façon non équivoque, l'assureur est en droit, selon l'article 6 LCA, de se répartir du contrat dans les quatre semaines à partir du moment où il a eu connaissance de la réticence.

b) Selon la jurisprudence, il résulte clairement du texte des articles 4 et 6 LCA qu'il ne faut adopter ni un critère purement subjectif ni un critère purement objectif pour juger si le proposant a rempli ou non ses obligations quant aux déclarations à faire. Du moment qu'elle ne se contente pas de ce que le proposant communique à l'assureur, en réponse aux questions correspondantes, les faits importants pour l'appréciation du risque qui lui sont effectivement connus, mais qu'elle lui prescrit en outre de déclarer également les faits importants pour l'appréciation du risque qui doivent être connus de lui, la loi institue un critère objectif (indépendant de la connaissance effective qu'à le proposant des faits concrets). Toutefois, pour appliquer ce critère, on tiendra compte des circonstances du cas particulier, notamment des qualités (intelligence, formation, expérience) et de la situation du proposant. En effet, celui-ci doit déclarer à l'assureur, outre les faits importants pour l'appréciation du risque qui lui sont effectivement connus, non pas d'une façon générale tous les faits de cette nature qui sont objectivement reconnaissables lors de la conclusion du contrat, mais seulement ceux qui font l'objet de questions écrites et qui lui sont connus ou doivent être connus de lui; ce principe vaut non seulement dans le cas exceptionnel du proposant dont les facultés mentales ne sont pas normalement développées, mais dans tous les cas.

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 réponse 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 fédérale 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 posées (Arrêt du Tribunal fédéral du 9 août 2004 5C.43/2004; ATF.118 II 337 et les réf. citées).

c) Le preneur d'assurance est en principe seul responsable des déclarations qu'il a faites dans le questionnaire destiné à l'assurance. Lorsque les questions posées sont claires, il ne peut opposer ses déclarations inexactes à l'assurance en prétendant qu'elles lui ont été suggérées par un agent (JT 1994 I 750). On ne pourrait envisager d'imputer le comportement d'un agent acquiescent à l'assureur que dans la mesure où l'agent a donné au proposant des explications ou des renseignements au sujet de questions peu claires ou ambiguës (TF J c/ H , du 26 janvier 1979 in RBA XIV, no 65). Si des déclarations incomplètes ont été occasionnées par l'assureur (respectivement son agent), ou si celui-ci connaissait ou pouvait connaître l'inexactitude des déclarations de son cocontractant, le contrat ne pourra pas être résilié (JT 1994 I 750). L'assureur n'a provoqué la réticence que lorsque le preneur est en mesure de prouver qu'il a déclaré exactement le fait important pour l'appréciation du risque à l'agent qui rédigeait les réponses et qu'il s'est abstenu d'une vérification pour de bons motifs, par exemple parce qu'il connaissait mal la langue (RBA XIX, no 15, arrêt confirmé par le TF le 24 novembre 1992).

Le preneur d'assurance qui signe la proposition contenant les réponses inscrites par l'agent est responsable de ces réponses. Elles lui sont tout particulièrement opposables lorsque la proposition comporte une clause à laquelle il souscrit en apposant sa signature et selon laquelle "les signataires restent entièrement responsables même si l'agent ou une tierce personne remplit le questionnaire à leur place" (RBA XVII, no 12).

3. En l'espèce, la proposition d'assurance et déclaration d'adhésion signée par la recourante le 20 mai 1999 précise, dans le chapitre réservé aux signatures, que "la personne à assurer est responsable de la véracité de toutes les réponses données dans la présente proposition ainsi que dans le questionnaire médical, même si les réponses sont inscrites par l'agent".

La recourante allègue avoir indiqué au courtier de la caisse-maladie qu'elle avait eu une hernie discale en avril 1998, qu'elle avait pris des médicaments et fait un peu de physiothérapie et qu'au CHUV on lui avait dit que ce n'était pas grave. Selon elle, il appartenait au courtier, qui a admis en audience que la question de ses problèmes de dos avait été abordée, de le mentionner sur la proposition d'assurance. En préférant la version du courtier d'assurance-maladie selon laquelle la recourante n'aurait parlé que de lombal-

gies remontant à une quinzaine d'années, le premier juge aurait commis un arbitraire dans la constatation des faits et un abus du pouvoir d'appréciation.

Cette manière de voir ne peut être partagée. En effet, le premier juge a relevé avec raison une contradiction dans les propos de la recourante, qui a d'abord déclaré 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) avant d'affirmer qu'elle avait signalé au courtier qu'elle avait eu une hernie discale en 1998. A l'audience, entendu comme témoin, le courtier en assurances a confirmé qu'il se rappelait que la recourante avait parlé de problèmes anciens, remontant à une quinzaine d'années. Il a par contre précisé que si elle lui avait parlé d'une hernie discale remontant à une année ou deux, il n'aurait pas manqué de l'indiquer dans le questionnaire. Les déclarations du courtier sont corroborées par le fait que d'une part la recourante a effectivement eu des maux de dos en 1976, d'autre part parce qu'elle a appris au CHUV (en 1998) qu'elle avait une hernie discale calcifiée, donc ancienne (v. procès-verbal d'interrogatoire de la recourante du 30.04.2004).

Il n'y a donc pas lieu de s'écarter de l'état de fait retenu par le premier juge. Il n'est pas établi que la recourante ait parlé au courtier de la caisse-maladie Y de son affection dorsale et de son traitement de 1998. Le simple fait que celui-ci ait pu avoir intérêt à conclure une police d'assurance ne permet pas d'en conclure qu'il ait sciemment dissuadé la recourante de mentionner l'épisode de 1998 dans la proposition d'assurance. Le recours est mal fondé sur ce point.

La recourante reproche également à tort au premier juge d'avoir retenu qu'elle a commis une réticence en remplissant la proposition d'assurance. La recourante a, en mai 1999, répondu par la négative à la question de savoir si elle avait été hospitalisée ou subi un traitement médical alors qu'il ressort du dossier qu'au cours de l'année 1998 elle a subi un traitement consistant en de nombreuses consultations médicales, séances de physiothérapie, examens médicaux (radiographies, scanner, consultation d'un spécialiste au CHUV) et prescriptions de médicaments pour des problèmes de lombalgies. La recourante ne pouvait dès lors pas donner de bonne foi une réponse négative à la question susmentionnée. Les nombreuses consultations et traitements effectués seulement quelques mois avant la signature de la proposition d'assurance étaient des faits qui ne pouvaient pas lui échapper si elle avait réfléchi sérieusement à la question posée. Même si la recourante pouvait se considérer comme guérie de ses affections antérieures, il n'en demeure pas moins qu'elle a répondu faussement à la question no 3 de la proposition d'assurance posée par l'intimée. La question ne portait, en effet, pas sur le point de

savoir si la recourante s'estimait guérie mais sur celui de savoir si elle avait suivi un traitement ou pas. Ainsi, une réticence doit être retenue, les maux de la recourante ne pouvant pas être considérés comme insignifiants au vu du nombre de consultations, traitements et examens qu'ils ont nécessités, même si la recourante a connu une courte phase où elle ne souffrait pas. Par ailleurs, il n'est pas douteux que les affections litigieuses étaient de nature à influencer sur la détermination de l'intimée de conclure le contrat ou de le conclure aux conditions convenues. Enfin, il ne fait pas de doute que la question posée à la recourante était précise et sans équivoque. Le recours doit également être rejeté sur ce point.

4. Enfin, la recourante fait valoir que la réserve qui fait l'objet de l'accord du 16 avril 2002 portait uniquement sur l'hernie discale L5-S1, côté droit, alors que l'intervention chirurgicale qu'elle a subie le 15 novembre 2000 ne concernait que le côté gauche. Le grief n'est pas fondé : à teneur dudit accord, "sont exclus de la couverture complémentaire dès le 1^{er} janvier 2000 tous traitements relatifs à l'hernie discale L5-S1". Les considérations du premier juge relatives à cette réserve sont tout à fait pertinentes. Au surplus, il ressort des nombreux échanges de correspondances entre la recourante, puis son mandataire et l'intimée, que cette dernière ne souhaitait justement pas prendre à sa charge l'affection lombaire du côté gauche.

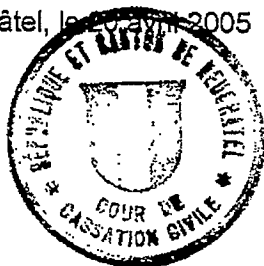
5. Mal fondé, le recours doit être rejeté. En matière de contestations relatives aux assurances complémentaires, la procédure est en principe gratuite (art.13 al.1 de l'Arrêté fixant la procédure en matière de contestations relatives à l'assurance maladie sociale et aux assurances complémentaires du 23 février 2004). La recourante qui succombe sera toutefois condamnée à payer à l'intimée une indemnité de dépens.

Par ces motifs,

LA COUR DE CASSATION CIVILE

1. Rejette le recours.
2. Dit que la procédure est gratuite.
3. Condamne la recourante à payer à l'intimée une indemnité de dépens de 500 francs.

Neuchâtel, le 22 avril 2005



AU NOM DE LA COUR DE CASSATION CIVILE

Le greffier

L'un des juges

Expédition :

- à la recourante, X , par Me Pierre Heinis, avocat à Neuchâtel
- à l'intimée, caisse-maladie Y , par Me Dominique Wittwer Droz, avocate à Neuchâtel
- au Tribunal civil du district de Boudry (PO 2003.49/vt)
- au dossier
- à la minute