



**TRIBUNAL DES ASSURANCES**

---

Présidence de M. D I N D, juge

Membres : M. Donzel, juge ad hoc, et Mme de Haller, assesseur

Greffier : M. Pagan, greffier-substitut

\*\*\*\*\*

**Jugement du 27 septembre 2005**

dans la cause

X , représentée par Gilles-Antoine Hofstetter, secrétaire  
général de l'ASSUAS, audit lieu, demanderesse,

contre

Y Assurance maladie et accident (ci-après : la Y ou la caisse), à  
Martigny, défenderesse.

---

**Art. 4, 6 et 33 LCA.**

**En fait :**

A. X , née en 1973, a rempli le 22 novembre 2002 une "proposition d'assurance et déclaration d'adhésion" auprès de la Y pour l'assurance obligatoire des soins et les assurances complémentaires M et G , cette dernière prévoyant la prise en charge des frais de traitement et les frais hôteliers en cas d'hospitalisation (art. 2 let. a des conditions particulières de G ). L'article 3 lettre b de ces mêmes conditions énonce que, si un assuré est hospitalisé dans un établissement avec lequel l'assureur n'a pas conclu d'accord tarifaire dans le domaine des frais hôteliers et des frais de traitement (honoraires médicaux y compris), il lui sera alloué, dans la limite de la division commune, un montant de 200 fr. par jour. L'article 4 stipule qu'avant chaque hospitalisation, l'assuré est tenu de se renseigner si l'établissement, la division d'établissement ou la clinique où il se fera soigner font partie des établissements reconnus par l'assureur.

L'intéressée a répondu négativement à toutes les questions du questionnaire de santé, à l'exception du point concernant la consommation de tabac.

Selon certificat d'assurance du 6 décembre 2002, elle a été admise par la caisse dans les couvertures d'assurances demandées avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2003, police n° 000

En date du 15 janvier 2003, le Dr D , spécialiste FMH en médecine interne, a demandé au Dr C , psychiatre-psychothérapeute FMH, de prendre en charge X le 17 janvier 2003. Il indique notamment ce qui suit :

"(...) X est une patiente que je connais depuis le mois de mars 2000, la patiente m'ayant contacté la première fois pour un contrôle général alors qu'elle venait d'interrompre ses études de médecine en 2<sup>ème</sup> année, tolérant mal le milieu environnant.

Il s'agit d'une patiente adoptée, scolarisée en Suisse et qui, suite à une formation commerciale, a travaillé dans une entreprise comme employée commerciale depuis janvier 2002. X m'a consulté en urgence le 9

décembre 2002 en raison d'une symptomatologie d'insomnie, de nausées et vomissements accompagnés de vertiges rotatoires et de céphalées. Le status neurologique était dans les normes et l'anamnèse plus détaillée a révélé une situation de mobbing ayant probablement abouti à un burn-out.

J'ai introduit un arrêt de travail rétroactivement depuis le 6 décembre 2002 (...)

Par la suite, la patiente a été vue au CITB le 1<sup>er</sup> janvier 2003 en raison d'une surconsommation médicamenteuse et les psychiatres consultés n'ont pas jugé opportun de modifier le traitement avant mon retour. Lorsque j'ai revu la patiente le 14 janvier 2003, son état psychologique m'est apparu clairement aggravé avec un état d'angoisse manifeste et une sensation que la patiente me rapporte beaucoup d'éléments faisant penser qu'un espèce de complot (entre l'inspection du travail, son employeur et l'assurance perte de gain) était en cours contre elle. Les insomnies se sont plutôt aggravées et, au vu de ce qui précède, j'ai jugé qu'une prise en charge psychiatrique était plus indiquée qu'un suivi par un interniste, raison pour laquelle je vous l'adresse.

(...)"

Le 23 janvier 2003, le Dr C a demandé la prise en charge de l'assurée par la Clinique La Métairie, invoquant "un état dépressif conséquent avec idéation suicidaire et scénarios (pendaison, [...]) dans un contexte de mobbing et de traumatisme grave dans son enfance".

X a été hospitalisée à la Clinique La Métairie du 24 janvier au 21 février 2003.

En date du 31 janvier 2003, le Dr H, médecin adjoint auprès de la clinique, a indiqué à la Y le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement instable type borderline, dont les premiers symptômes perceptibles par la patiente sont apparus en 1993; ce praticien ignore la date du premier traitement pour cette affection, notant au surplus que l'intéressée "n'accepte pas le diagnostic précis jusqu'à ce jour".

Par lettre du 10 février 2003 adressée à l'assurée, sur la base d'un avis de son médecin-conseil du 5 février 2003, la caisse a retenu que l'assurée souffre de troubles psychiques depuis des années, a invoqué une réticence de sa part et a déclaré se départir du contrat, soit procéder à son annulation rétroactive dès son entrée en vigueur.

En date du 6 mars 2003, l'intéressée a contesté la prise de position de la caisse.

Interpellé par la Y , le Dr D a, le 10 mars 2003, diagnostiqué un trouble de l'adaptation mixte avec thymie dépressive et prédominance de la perturbation d'autres émotions, ainsi qu'un trouble de la personnalité émotionnellement instable de type borderline, dont les symptômes perceptibles par la patiente sont apparus probablement entre septembre et octobre 2002; il l'a vue pour la première fois le 9 décembre 2002 et, à sa connaissance, elle n'a pas fait l'objet de traitements antérieurs auprès d'un autre médecin.

Le 10 mars 2003 également, le Dr H a confirmé à l'assurée que, selon l'anamnèse relevée avec elle-même, les troubles psychiatriques remontent jusqu'à l'âge de vingt ans sous forme d'une tentative de suicide.

Par courrier du 12 mars 2003, l'intéressée a fait part au Dr H de son désaccord quant à l'appréciation de celui-ci.

Sur la base d'un avis émis le 17 mars 2003 par son médecin-conseil, qui retient les diagnostics de trouble de l'adaptation mixte avec thymie dépressive et de trouble de la personnalité de type borderline dont les premiers symptômes remontent à septembre – octobre 2002, la Y a, en date du 11 avril 2003, maintenu sa position.

Par lettres des 11 mars et 16 avril 2004, X , par l'intermédiaire de Gilles-Antoine Hofstetter, secrétaire général de l'ASSUAS, a à nouveau contesté la prise de position de la caisse. Elle renonce en outre à son assurance complémentaire G , rétroactivement à compter du 1<sup>er</sup> juin 2003, tout en exigeant le rétablissement de ladite assurance pour la période antérieure à la date précitée. Elle réclame enfin le versement de la somme de 5'800 fr. qui lui a été facturée directement par la Clinique La Métairie et qu'elle a dû payer de sa poche.

A cet égard, figurent au dossier deux factures de cet établissement, l'une datée du 15 février 2003 et portant sur le montant de 3'600 fr., l'autre

datée du 27 février 2003 et portant sur le montant de 2'200 francs. Le 28 mars 2003, la clinique a adressé à l'intéressée un décompte, indiquant une somme totale à payer de 5'800 fr., sous déduction d'un dépôt déjà effectué par elle de 3'000 francs.

Les 26 mars et 8 juin 2004, la Y a refusé de prendre à sa charge la somme réclamée par l'assurée, exposant avoir versé à l'établissement médical, en vertu de l'assurance-maladie obligatoire, le montant de 354 fr. par jour, correspondant au tarif de la chambre commune dans le canton de Vaud, plus une taxe d'entrée de 360 francs.

En date du 22 juin 2004, le Dr S, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a écrit en substance ce qui suit au représentant de l'intéressée : celle-ci l'a consulté du 24 mars au 11 décembre 2003 sous forme d'une psychothérapie régulière de soutien, dont les effets ont été bénéfiques; le diagnostic posé est celui de trouble dépressif chez une personnalité à traits narcissiques; après une évaluation clinique approfondie de sa personnalité, il est excessif, d'un point de vue médical, de conclure à des troubles psychiatriques déjà présents à l'âge de vingt ans du seul fait d'une tentative de suicide, ce d'autant plus que le suicide est fréquent chez les adolescents en Suisse. De ce tentamen, la patiente ne pouvait pas conclure qu'elle souffrait de troubles psychiatriques réels; une telle conclusion aurait impliqué une capacité d'introspection très élevée et surtout une connaissance de la nosographie et du raisonnement psychiatriques; au demeurant, les tentatives de suicide isolées de ce type au cours de l'existence sont banalisées après coup par leur auteur, ce qui a été le cas en l'occurrence; elle n'a donc pas caché à l'assurance une affection psychique.

B. Par demande du 23 décembre 2004, X a conclu au paiement par la Y de la somme de 5'800 fr. avec intérêts à 5 % dès le 7 avril 2003. La demanderesse fait notamment valoir que le rapport du Dr H de la Clinique La Métairie sur lequel se fonde la caisse ne permet pas de faire remonter les troubles psychiques jusqu'en 1993 sur la base d'une simple anamnèse effectuée lors de la consultation de janvier 2003. Elle relève en outre

que la somme de 5'800 fr. correspond au montant censé être pris en charge par l'assurance complémentaire G souscrite (200 fr. de couverture journalière multipliés par 29 jours d'hospitalisation).

Dans sa réponse du 3 mars 2005, la caisse Y, représentée par le Z, a conclu au rejet des conclusions de la demande. Elle allègue que l'intéressée a signé le 22 novembre 2002 une proposition d'assurance et un questionnaire de santé auquel il a été répondu par la négative à toutes les questions hormis celle sur la consommation de tabac, alors que, selon le questionnaire médical rempli en date du 31 janvier 2003 par le Dr H de la Clinique La Métairie, selon le rapport établi le 10 mars 2003 par le Dr D et selon le courrier du Dr C du 23 janvier 2003, les premiers symptômes étaient perceptibles par elle bien avant la signature de la proposition d'assurance.

Dans sa réplique du 13 avril 2005, la demanderesse a confirmé ses conclusions. Elle produit en outre une attestation signée le 31 mars 2005 par ses parents, certifiant avoir constaté le tentamen de leur fille un matin du mois de septembre 1993, mais avoir accédé à la demande instante de celle-ci, qui était hors de danger, de ne pas l'hospitaliser ou de ne pas consulter un médecin à ce propos; tant qu'elle a vécu sous leur toit, ce qui a encore duré plusieurs années, leur fille n'a suivi aucun traitement thérapeutique de quelque sorte que ce soit en relation avec cet événement. Est également produite une attestation signée le 9 avril 2005 par T, médecin-assistant, qui avait accompagné la demanderesse à la Clinique La Métairie en date du 24 janvier 2003; il certifie que la réceptionniste dudit établissement s'est assurée que l'intéressée bénéficiait bien d'une assurance complémentaire, en téléphonant notamment elle-même au Z, ensuite de quoi elle a été admise pour son hospitalisation.

Par lettre du 21 avril 2005, X a produit un courrier que le Dr D lui a adressé le 19 avril 2005, qui indique qu'elle l'a consulté le 9 décembre 2002 en raison de céphalées, de vertiges rotatoires, de nausées et de vomissements ainsi que de troubles du sommeil; ce n'est qu'après une anamnèse et un examen clinique détaillés qu'il lui a fait savoir que ses

symptômes étaient le plus probablement liés à un burn-out; il ne s'agissait en aucun cas d'un diagnostic émis par la patiente, qui n'en a pas eu connaissance en tant que tel avant le 9 décembre 2002, alors qu'elle le consultait initialement pour des vertiges rotatoires associés à des nausées et des vomissements, surtout lorsqu'elle se tournait dans son lit.

Dans sa duplique du 11 mai 2005, la défenderesse, a maintenu sa position.

### **E n d r o i t :**

1. a) La couverture ici en cause est une assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale au sens de l'article 12 alinéa 2, première phrase, LAMal. Son contentieux relève du Tribunal des assurances selon le décret du Grand Conseil du 20 mai 1996 ([RSV 2.2 D]; JT 1999 III 106, c. 4 et 5; cf. aussi Fonjallaz, Compétence et procédure en matière de contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie, in JT 2000 III 79 ss; Ritter, Le contentieux de l'assurance-maladie privée en cas de perte de gain : Droit fédéral et compétences cantonales, in : Colloques et journées d'études 1999-2001, éditions IRAL, Lausanne 2002, pp. 757 ss, spéc. 765 ss).

b) Le Tribunal des assurances est compétent pour connaître du contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale (art. 1<sup>er</sup> du décret du Grand Conseil du 20 mai 1996 [RSV 2.2 D]).

c) S'agissant désormais d'un contentieux de droit privé, et non plus de droit administratif, la procédure applicable n'est plus celle du recours, mais celle de l'action (art. 47 de la loi fédérale sur la surveillance des institutions d'assurance privées [LSA]; ATF 124 III 44, JT 1998 I 377; RAMA 1998 KV 35 p. 290; ATF 123 V 324 consid. 3a, RAMA 1998 KV 22 p. 49; Spira, Le nouveau régime de l'assurance complémentaire, in : Revue suisse d'assurances [RSA] 1995, pp. 192 ss, spéc. ch. 5 p. 198).

d) En l'occurrence, il est constant que le litige se rapporte à l'assurance complémentaire G , souscrite par la demanderesse auprès de la caisse. De plus, X a agi par la voie de la demande auprès du Tribunal des assurances du canton de Vaud.

Le tribunal de céans est donc compétent pour examiner ladite demande et cette dernière est recevable.

2. La question litigieuse est en l'espèce celle de savoir si la caisse peut invoquer la réticence, résoudre le contrat d'assurance et refuser de servir ses prestations à la demanderesse pour son hospitalisation à la Clinique La Métairie du 24 janvier au 21 février 2003.

3. Le contrat d'assurance est conclu par l'acceptation de la proposition d'assurance par l'assureur dans le délai légal ou le délai plus court fixé par le proposant (Viret, Droit des assurances privées, 2<sup>ème</sup> édition, Zurich 1985, p. 78). A la différence de la couverture des soins de l'assurance-maladie sociale, les assurances-maladie complémentaires ne sont pas régies exhaustivement par la loi; elles relèvent, avec les restrictions propres au droit du contrat d'assurance régi par la LCA, du principe de la liberté contractuelle, qui implique non seulement la liberté de contracter ou de ne pas contracter, mais aussi d'aménager le contenu des rapports contractuels (idem, Droit des assurances privées, pp. 19 s.; idem, Assurances-maladie complémentaires et loi sur le contrat d'assurance, in : Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, éditions IRAL, Lausanne 1997, pp. 665 ss, spéc. p. 671). Les conditions générales d'assurance, de même que les conditions complémentaires, spéciales et particulières, font partie intégrante du contrat; aux termes de l'article 3 alinéa 1<sup>er</sup> LCA, elles doivent ou bien être contenues dans le formulaire même de proposition fourni par l'assureur ou bien avoir été remises au proposant avant qu'il ait remis le formulaire contenant sa proposition de contrat (idem, Recueil de travaux, p. 673).

Aux termes de l'article 33 LCA, sauf disposition contraire de la présente loi, l'assureur répond de tous les événements qui présentent le caractère du risque contre les conséquences duquel l'assurance a été conclue,

à moins que le contrat n'exclue certains événements d'une manière précise, non équivoque.

4. a) Pour examiner la question de la réticence, la Y s'est référée directement à la LCA et non à ses conditions générales. Dès lors, il convient de prendre en compte directement ladite loi fédérale et ses normes topiques relatives à la réticence.

b) En vertu 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 (al. 1<sup>er</sup>); 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 les faits au sujet desquels l'assureur a posé par écrit des questions précises, non équivoques (al. 3). Cette dernière présomption peut cependant être détruite quand il est prouvé que l'assureur aurait néanmoins conclu le contrat aux conditions prévues s'il avait connu les faits que le proposant n'a pas indiqués ou qu'il a indiqués d'une façon inexacte (arrêt du TF du 7 juillet 2003, 5C.47/2003, consid. 3.4; ATF 75 II 158 consid. 3).

Les faits visés à l'article 4 LCA 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, à savoir toutes les circonstances permettant de conclure à l'existence de facteurs de risque. En d'autres termes, il s'agit de tous les faits qui sont de nature à influencer, dans le cas particulier, la survenance, l'intensité et l'importance du risque, c'est-à-dire non seulement les faits qui font naître le risque, mais aussi tous ceux qui permettent de conclure rétrospectivement à l'existence d'un risque (arrêt du TF du 7 juillet 2003, 5C.47/2003, consid. 3.2).

Selon la jurisprudence, il ne faut adopter ni un critère purement subjectif, ni un critère purement objectif pour juger si le proposant a violé ou non son obligation de renseigner, laquelle s'apprécie au demeurant sans égard à une éventuelle faute du preneur. Du moment que la loi 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 prescrit en outre que le proposant doit déclarer également les faits importants pour l'appréciation du risque qui doivent être connus de lui, cette loi institue un critère objectif (indépendant de la connaissance effective qu'a 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 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 LCA 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. Il ne faut admettre qu'avec la plus grande retenue l'existence d'une réticence. Cette retenue s'impose déjà du fait de la rigueur de la loi, qui prévoit la résolution du contrat, non son adaptation (ATF 118 II 333 consid. 2b; ATF 116 II 338 consid. 1c; arrêt du TF du 7 juillet 2003, 5C.47/2003, consid. 3.3).

Celui qui fait des indispositions sporadiques qu'il pouvait raisonnablement de bonne foi considérer sans importance pour l'évaluation du risque et passagères, sans devoir les tenir pour une cause de rechute ou de symptômes d'une maladie imminente aiguë, ne viole pas son devoir de renseigner (arrêt du TF du 7 juillet 2003, 5C.47/2003, consid. 3.3; ATF 116 II

338 consid. 1b). Mais si les troubles de peu d'importance éveillent des soupçons et permettent de supposer qu'ils sont les symptômes d'une maladie qui commence peut-être à se manifester ou d'une maladie n'ayant pas encore pu être surmontée, le candidat à l'assurance doit les mentionner dans la déclaration sur son état de santé (RAMA 1989 K 825 p. 405 consid. 2c).

c) Aux termes 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.

S'agissant du point de départ du délai de l'article 6 LCA, le délai de péremption de quatre semaines ne commence à courir que lorsque l'assureur "est complètement orienté sur tous les points touchant la réticence et qu'il en a une connaissance effective, de simples doutes à cet égard étant insuffisants" (ATF 118 II 333 consid. 3; ATF 109 II 159 consid. 2a).

Dans le cas présent, il n'est pas contesté que le délai a été respecté par l'assureur, lequel a invoqué la réticence et s'est départi du contrat le 10 février 2003, soit moins de quatre semaines après le rapport du Dr H du 31 janvier 2003.

5. a) Il convient donc de savoir si l'intéressée a déclaré à la caisse tous les faits qui sont importants pour l'appréciation du risque, au sens de l'article 4 LCA dont la teneur est mentionnée ci-dessus. Plus particulièrement, il faut savoir depuis quand elle connaissait les troubles psychiques qui l'ont affectée.

b) Il est constant que la demanderesse a fait un tentamen en 1993, alors qu'elle n'était âgée que de vingt ans, ce qui est mentionné par le Dr S dans sa lettre du 22 juin 2004. Le Dr H indique pour sa part simplement ceci : "date de l'apparition des premiers symptômes perceptibles par le patient : 1993". Toutefois, au vu de l'avis émis le 17 mars 2003 par son médecin-conseil, qui retient les mois de septembre et octobre 2002 comme période des premiers symptômes, et non plus 1993, la caisse ne semble plus se fonder sur la

tentative de suicide, mais bien plutôt sur d'autres circonstances résultant d'autres rapports médicaux que celui du Dr H , de sorte qu'elle paraît admettre que le tentamen ne serait pas déterminant. Le Dr H semble du reste admettre que la patiente n'a auparavant jamais accepté l'idée qu'elle puisse souffrir d'une affection d'ordre psychiatrique. En tout état de cause, comme le relève le Dr S la tentative de suicide ne peut pas constituer en soi la preuve de l'existence de troubles psychiques et il n'est pas non plus établi que l'intéressée ait pu en déduire qu'elle souffrait de tels troubles, ce d'autant plus qu'elle a refusé de consulter un médecin après cet événement.

De la lettre du Dr C , lequel fait état d'un état dépressif dans un contexte de mobbing et de traumatisme grave vécu dans l'enfance, on ne saurait déduire que l'assurée aurait souffert d'atteintes psychologiques perceptibles pour elle avant qu'un diagnostic psychiatrique ait été posé en janvier 2003, après la signature de la proposition d'assurance.

c) Aucune atteinte démontrée, qu'elle soit psychique ou somatique, ne résulte par ailleurs du fait que X a consulté le Dr D , spécialiste en médecine interne, au mois de mars 2000 pour un contrôle général, dans un contexte de difficultés d'ordre scolaire et d'adaptation au milieu environnant. De telles difficultés ne constituent en effet pas en elles-mêmes des troubles psychiques.

d) Dans son rapport du 10 mars 2003, le Dr D fait remonter les symptômes des diagnostics psychiatriques au mois de septembre – octobre 2002, mais ces symptômes consistaient alors en des céphalées, vertiges rotatoires, nausées, vomissements et troubles du sommeil. La demanderesse ne pouvait pas conclure de ces maux, qui n'ont d'ailleurs en eux-mêmes pas valeur de maladie, qu'elle souffrait de troubles psychiques. Il est au demeurant fort possible qu'à la date où elle a signé la proposition d'assurance, soit au 22 novembre 2002, elle n'a pas songé que ces maux puissent être des signes avant-coureurs d'une maladie, ce d'autant plus que rien ne démontre qu'avant la consultation du 9 décembre 2002, ils présentaient un degré de gravité suffisant pour faire craindre la survenance d'une véritable pathologie. Enfin, même à la date du 9 décembre 2002, seul un burn-out, à savoir un état

d'épuisement physique, émotionnel et intellectuel qui résulte du stress ressenti par un individu placé dans une situation où il devient incapable de répondre aux exigences de sa profession, a été diagnostiqué par le Dr D , ce qui confirme qu'à cette époque, contrairement à ce que soutient la défenderesse, la demanderesse ne pouvait être consciente qu'elle souffrait d'une véritable pathologie psychiatrique, voire somatique.

Il résulte de ce qui précède que les maux susmentionnés (céphalées, vertiges rotatoires, nausées, vomissements et troubles du sommeil) ne constituaient, avant le 22 novembre 2002, que des indispositions sporadiques que l'intéressée pouvait raisonnablement considérer comme sans importance pour l'évaluation du risque et passagères, sans soupçonner qu'ils puissent être les symptômes d'une maladie – psychique ou physique – qui allait bientôt apparaître (cf. jurisprudence citée plus haut).

e) Ainsi, les troubles psychiatriques n'ont été constatés qu'en janvier 2003 au CITB, date à partir de laquelle X a pris connaissance de leur existence. Ainsi, à la date de la signature de la proposition d'assurance litigieuse, elle ne devait pas savoir qu'elle souffrait d'une symptomatologie d'ordre psychique, de même que somatique.

La demanderesse n'a dès lors pas commis une réticence en répondant aux questions du questionnaire de santé. Partant, la Y n'était pas autorisée à se départir du contrat portant sur l'assurance complémentaire Global, ni à refuser de verser les prestations y afférentes.

6. En définitive, les conclusions de la demande doivent être admises. La défenderesse doit payer à la défenderesse la somme de 5'800 fr., qui apparaît suffisamment établie au vu des factures produites par l'assurée et qui n'est pas contestée en tant que telle par l'assurance.

7. X réclame le versement d'un intérêt à 5 % dès le 7 avril 2003, lendemain de la contestation par celle-ci de la décision de la caisse de ne pas prendre en charge par l'assurance complémentaire G les frais de l'hospitalisation non couverts par la LAMal.

Conformément à l'article 102 CO, le débiteur d'une obligation exigible est mis en demeure par l'interpellation du créancier (al. 1<sup>er</sup>); lorsque le jour de l'exécution a été déterminé d'un commun accord, ou fixé par l'une des parties en vertu d'un droit à elle réservé et au moyen d'un avertissement régulier, le débiteur est mis en demeure par la seule expiration de ce jour (al. 2). En vertu de l'article 104 alinéa 1<sup>er</sup> CO, le débiteur qui est en demeure pour le paiement d'une somme d'argent doit l'intérêt moratoire à 5 % l'an, même si un taux inférieur avait été fixé pour l'intérêt conventionnel.

En l'occurrence, ce n'est que par la lettre du 11 mars 2004, fixant un délai de paiement au 31 mars 2004, que l'intéressée a réclamé pour la première fois la somme de somme de 5'800 francs.

C'est donc à partir du lendemain de l'échéance du délai fixé, soit dès le 1<sup>er</sup> avril 2004, que l'intérêt moratoire à 5 % est dû.

7. A teneur de l'article 26bis LTA, des dépens peuvent être alloués au recourant qui obtient gain de cause et sont supportés par la partie intimée. Ils sont arrêtés globalement dans le jugement. La quotité des dépens dépend du droit cantonal, et leur montant doit être fixé en tenant compte du travail et de la perte de temps occasionnés par le procès.

En l'espèce, l'assurée, qui obtient gain de cause, a bénéficié des services du secrétaire général de l'ASSUAS, soit d'un mandataire dûment autorisé qui peut se voir accorder des dépens (cf. VSI 2000 p. 294 consid. 2).

Au vu de ce qui précède, il se justifie d'allouer à la demanderesse des dépens qu'il convient de fixer équitablement à 1'500 francs.

**Par ces motifs,  
le Tribunal des assurances  
prononce :**

I. Les conclusions de la demande déposée le 23 décembre 2004 par la demanderesse X contre la défenderesse Y Assurance maladie et accident sont admises.

II. La défenderesse doit payer à la demanderesse la somme de 5'800 fr. (cinq mille huit cents francs), avec intérêt à 5 % l'an dès le 1<sup>er</sup> avril 2004.

III. La défenderesse versera à la demanderesse, soit à son conseil, la somme de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) pour ses dépens.

Le président :



Le greffier :



Du 18 NOV. 2005

Le présent jugement, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est communiqué aux parties par lettre signature avec accusé de réception.

Si, d'après leurs conclusions, les droits contestés en première instance n'atteignent pas une valeur de 8'000 fr., les parties peuvent recourir au Tribunal cantonal dans un délai de dix jours dès la notification du présent jugement, en déposant, au greffe du Tribunal cantonal des assurances, Route du Signal 8, 1014 Lausanne, un acte de recours en deux exemplaires désignant le jugement attaqué et contenant leurs conclusions en réforme, éventuellement en nullité ou, à défaut, en indiquant sur quels points le jugement est attaqué et quelle est la modification demandée.

Si, d'après leurs conclusions, les droits contestés en instance cantonale atteignent une valeur d'au moins 8'000 fr., il est loisible aux parties d'interjeter un recours en réforme au Tribunal fédéral, dans un délai de 30 jours dès la

réception de la communication écrite de la décision. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au greffe du Tribunal cantonal des assurances, Route du Signal 8, 1014 Lausanne.

Outre la désignation de la décision attaquée et de la partie intimée, l'acte de recours doit contenir :

a. Dans les contestations de nature pécuniaire lorsque le montant de la réclamation n'est pas déterminé, la mention que la valeur exigée est atteinte, ainsi que, éventuellement, les motifs pour lesquels le recourant conteste une constatation contraire de la juridiction inférieure;

b. L'indication exacte des points attaqués de la décision et des modifications demandées. Le simple renvoi aux conclusions formulées dans la procédure cantonale ne suffit pas. Il ne peut être présenté de conclusions nouvelles;

c. Les motifs à l'appui des conclusions. Ils doivent indiquer succinctement quelles sont les règles de droit fédéral violées par la décision attaquée et en quoi consiste cette violation. Il ne peut être présenté de griefs contre les constatations de fait, ni de faits, exceptions, dénégations et preuves nouveaux, ni d'observations sur la violation du droit cantonal;

d. Lorsque la constatation d'un fait que la juridiction cantonale doit apprécier d'après le droit fédéral est attaquée pour le motif qu'elle repose manifestement sur une inadvertance, l'indication exacte de cette constatation et la pièce du dossier qui la contredit;

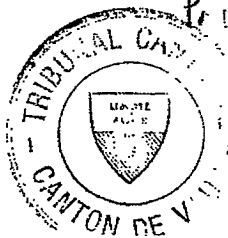
e. Le cas échéant, la demande d'assistance judiciaire (art. 152 OJF).

(art. 43 ss OJF, spéc. art. 46, 54 et 55).

Le jugement est également communiqué à l'Office fédéral des assurances privées (art. 47 al. 4 LSA).

PHOTOCOPIE CERTIFIÉE  
CONFORME À L'ORIGINAL

Le greffier :



*Bernard Blaise Huguenin*