



Arrêt du 14 janvier 2015

Ire Cour de droit civil

Composition

Mmes et M. les Juges fédéraux Kiss, Présidente, Kolly et Niquille.

Greffière : Mme Godat Zimmermann.

Participants à la procédure

A. _____, représentée par
Me Stefano Fabbro,
recourante,

contre

B. _____ **SA**,
intimée.

Objet

contrat d'assurance; jugement après arrêt de renvoi,

recours contre le jugement du 2 mai 2014 de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton du Valais.

Faits :

A.

Le 11 octobre 2008, A._____ a signé, auprès de B._____ SA (ci-après: B._____), une proposition d'assurance-maladie complémentaire portant sur les couvertures X._____, Y._____ et Z._____ division commune. Le même jour, elle a rempli un questionnaire de santé.

Le 16 octobre 2008, B._____ a accepté sans réserve la proposition d'assurance, qui a pris effet le 1^{er} janvier 2009.

Par courrier du 13 août 2009, l'assureur a informé A._____ qu'il l'excluait avec effet immédiat des assurances complémentaires susmentionnées en raison d'une réticence commise dans le questionnaire de santé. L'assurée a contesté son exclusion, considérant que les conditions d'une réticence n'étaient pas remplies. Après avoir pris des renseignements complémentaires auprès des médecins de A._____, B._____ a maintenu sa position dans un courrier du 16 février 2011.

B.

Le 29 août 2012, A._____ a ouvert action contre B._____ devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton du Valais. Elle demandait qu'il soit constaté que le contrat d'assurances complémentaires n'avait pas été valablement résilié par B._____ et qu'il était ainsi maintenu. Elle concluait par ailleurs à ce que B._____ soit condamnée à lui verser la somme de 12'707 fr. avec intérêts à 5% dès le 3 décembre 2008, sous déduction des primes d'assurances complémentaires qu'elle n'avait pas acquittées jusqu'alors. Le montant réclamé se rapporte à des frais médicaux, par 5'507 fr., et des frais liés à une aide ménagère, par 7'200 fr. Au point 5 des conclusions de la demande, A._____ se réservait expressément le droit d'invoquer à l'encontre de B._____ toute autre prétention relative à sa maladie, la sclérose en plaques.

Par jugement du 30 avril 2013, la cour cantonale, admettant un cas de réticence, a rejeté la demande.

Statuant le 10 septembre 2013 sur recours de l'assurée (arrêt 4A_289/2013), la cour de céans a partiellement admis ledit recours, annulé le jugement cantonal et constaté que le contrat d'assurance-maladie complémentaire conclu entre les parties n'a pas été valable-

ment résilié par l'assureur. Elle a renvoyé la cause aux juges valaisans pour nouvelle décision, afin qu'ils se prononcent sur la conclusion de l'assurée tendant au paiement d'un montant total de 12'707 fr. en capital (cf. consid. 4.3).

Par ordonnance du 1^{er} octobre 2013, la cour cantonale a repris la cause, en rappelant aux parties que son examen se limiterait aux prétentions de l'assurée conformément au considérant 4.3 de l'arrêt de renvoi; elle a fixé aux parties un délai pour se déterminer sur l'arrêt du Tribunal fédéral et déposer leurs conclusions. Dans sa détermination du 29 novembre 2013, l'assurée a chiffré ses prétentions à 36'362 fr.; ce montant représente – après déduction des primes non payées des assurances complémentaires pendant 51 mois (10'404 fr.) – des frais médicaux dès le 3 mars 2009 (5'737 fr.), le coût lié à l'aide ménagère à laquelle l'assurée aurait eu droit dès mars 2009 (10'350 fr.), une indemnité pour tort moral (27'390 fr.50), ainsi que la participation aux frais non entièrement pris en charge par l'assurance de base et qui auraient dû l'être par les assurances complémentaires (3'288 fr.). Pour sa part, l'assureur a conclu au rejet de la demande; il faisait valoir que les primes dues au titre des assurances complémentaires se montaient au total à 1'406 fr. au jour du dépôt de la demande, tandis que les prétentions de la demanderesse n'étaient alors fondées qu'à concurrence de 979 fr.65.

Par jugement du 2 mai 2014, la cour cantonale a rejeté la demande. Elle a jugé que l'assurée n'était pas recevable à prendre de nouvelles conclusions, excédant celles de la demande en paiement du 29 août 2012. Les juges valaisans ont refusé ainsi d'entrer en matière sur les conclusions tendant à la participation aux frais de l'assurance de base et à une indemnité pour tort moral, formulées pour la première fois dans la détermination du 29 novembre 2013. Ils ont rejeté ensuite toute prétention liée à une aide ménagère, faute de production d'un certificat médical. En ce qui concerne la prétention en remboursement de frais médicaux, la cour cantonale l'a considérée comme fondée à concurrence de 1'060 fr.65; mais comme les primes d'assurances complémentaires dues de septembre 2009 à août 2012 s'élevaient à 1'406 fr., l'assureur ne devait rien à l'assurée.

C.

A._____ exerce un recours en matière civile. Elle conclut au paiement, avec intérêts, de la somme de 45'360 fr., voire de 12'707 fr. A titre subsidiaire, elle demande le renvoi de la cause à la cour cantonale pour instruction et nouvelle décision au sens des considérants.

B._____ propose le rejet du recours.

Invitée à se déterminer, la cour cantonale a renoncé à déposer des observations.

Considérant en droit :

1.

Les assurances complémentaires ici en cause sont soumises à la LCA (cf. art. 12 al. 2 et 3 LAMal). Par conséquent, la contestation opposant les parties est de nature civile (cf. art. 72 al. 1 LTF; ATF 133 III 439 consid. 2.1 p. 441 s. et l'arrêt cité). La Cour des assurances sociales a statué en instance cantonale unique au sens de l'art. 74 al. 2 let. b et de l'art. 75 al. 2 let. a LTF (cf. ATF 138 III 799 consid. 1.1 p. 800), de sorte que le recours en matière civile est recevable sans égard à la valeur litigieuse.

Au surplus, interjeté par la partie qui a succombé dans ses conclusions en paiement (art. 76 al. 1 LTF) et dirigé contre un jugement final (art. 90 LTF), le recours est en principe recevable puisqu'il a été déposé en temps utile (art. 100 al. 1 LTF) et dans la forme prévue par la loi (art. 42 LTF).

2.

Selon la recourante, la cour cantonale a fait preuve d'un formalisme excessif, contraire au principe d'économie de procédure, en refusant d'entrer en matière sur les prétentions en indemnisation du tort moral et en remboursement de la participation aux frais de l'assurance de base, invoquées pour la première fois après le renvoi de la cause à l'autorité précédente. Celle-ci aurait également violé l'art. 229 al. 3 CPC en rejetant les prétentions de la recourante en remboursement des frais médicaux et d'aide ménagère devenus exigibles postérieurement à la date d'introduction de la demande.

2.1 La question est de savoir si la recourante pouvait, après l'arrêt de renvoi, amplifier ses conclusions en paiement sur la base de nouveaux allégués et de nouveaux moyens de preuve.

En vertu du principe de l'autorité de l'arrêt de renvoi, l'autorité cantonale est tenue de fonder sa nouvelle décision sur les considérants de l'arrêt du Tribunal fédéral. Des faits nouveaux ne peuvent être pris en considération que sur les points faisant l'objet du renvoi, lesquels ne peuvent être ni étendus ni fondés sur une base juridique nouvelle. Dans le cadre fixé par l'arrêt de renvoi, la procédure applicable devant l'autorité à laquelle la cause est renvoyée détermine s'il est possible de présenter de nouveaux allégués ou de nouveaux moyens de preuve (ATF 135 III 334 consid. 2 et 2.1 p. 335; 131 III 91 consid. 5.2 p. 94 s.). L'arrêt de renvoi lie également les parties. En particulier, ces dernières ne peuvent pas, dans une deuxième procédure devant le Tribunal fédéral, prendre des conclusions dépassant celles prises dans la première procédure de recours (arrêt 5A_561/2011 du 19 mars 2012 consid. 2.1 non publié in ATF 138 III 289; arrêt 5A_580/2010 du 9 novembre 2010 consid.4.3).

2.2 Dans l'arrêt de renvoi (consid. 4.3), la cour de céans constate que les juges précédents, ayant admis la réticence, n'ont pas examiné la prétention de 12'707 fr. en capital formulée par la recourante à l'encontre de l'intimée; la cause est par conséquent retournée à la cour cantonale pour qu'elle se prononce sur ce point. Dans son recours dans la cause 4A_289/2013, la recourante concluait, à titre principal, à ce qu'il soit constaté que le contrat d'assurances complémentaires n'avait pas été valablement résilié et à ce que l'intimée soit condamnée à lui verser la somme de 12'707 fr. plus intérêts, sous déduction des primes d'assurances complémentaires non acquittées "à ce jour"; la recourante se réservait en outre le droit d'invoquer toute autre prétention relative à la sclérose en plaques. Ces conclusions correspondent à celles de la demande et à celles formulées en dernier lieu devant la cour cantonale.

Selon la recourante, le montant de 12'707 fr. représente les frais médicaux et d'aide ménagère qui, jusqu'au dépôt de la demande, auraient dû être pris en charge par l'intimée. En retournant la cause à l'autorité précédente afin qu'elle se prononce sur ces prétentions-là, le Tribunal fédéral a fixé le cadre du renvoi. A ce stade, la cour cantonale n'avait donc pas à examiner les autres prétentions émises par la recourante dans sa détermination du 29 novembre 2013, à savoir, d'une part, les frais médicaux et d'aide ménagère engagés après le dépôt de la

demande et, d'autre part, l'indemnité pour tort moral ainsi que la participation aux frais de l'assurance de base. A cet égard, la réserve formulée par la recourante dans ses conclusions apparaît dénuée de toute portée, dans la mesure où elle ne permet pas de déterminer concrètement l'objet du litige. Quant à l'art. 229 al. 3 CPC, il autorisait certes la cour cantonale à admettre des faits et moyens de preuve nouveaux, mais uniquement en rapport avec les prétentions faisant l'objet du renvoi.

Il s'ensuit que les griefs soulevés par la recourante en rapport avec la cognition de la cour cantonale sont mal fondés.

3.

La recourante reproche à la cour cantonale d'avoir violé l'art. 247 al. 2 CPC instituant une maxime inquisitoire sociale. A la suivre, les juges valaisans ne pouvaient se borner à ordonner deux échanges d'écritures, sans procéder d'une quelconque manière à une instruction de la cause. En particulier, aucune ordonnance sur preuve n'a été rendue malgré les réquisitions d'audition de témoins formulées par la recourante. Dans ce contexte, l'autorité ne saurait reprocher à la recourante de n'avoir pas fourni toutes les pièces permettant d'établir son dommage.

3.1 La maxime inquisitoire sociale s'applique aux litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale (art. 247 al. 2 let. a et art. 243 al. 2 let. f CPC). Selon cette maxime, le juge, qui établit d'office les faits, n'est pas lié par les allégués de fait et les offres de preuve des parties (ATF 139 III 457 consid. 4.4.3.2 p. 463). Ces dernières ne sont pas pour autant dispensées de collaborer activement à l'établissement de l'état de fait pertinent, en alléguant des faits et en fournissant des preuves. Le juge n'est ainsi pas tenu d'instruire d'office le litige lorsqu'un plaideur renonce à expliquer sa position. Cependant, lorsqu'il a des motifs objectifs d'éprouver des doutes à ce sujet, le juge doit s'assurer que les allégués des parties et leurs offres de preuve sont complets (ATF 139 III 13 consid. 3.2 p. 20; 136 III 74 consid. 3.1 p. 80).

3.2 Sur les questions encore litigieuses après le renvoi, la cour cantonale n'a pas méconnu son devoir d'établir d'office les faits au sens de l'art. 247 al. 2 CPC. Les frais médicaux dont la recourante réclamait la prise en charge par les assurances complémentaires pouvaient aisément être prouvés par des documents écrits. La recourante a produit de telles pièces et la cour cantonale n'avait aucune

raison de penser que ces moyens de preuve n'étaient pas complets. Autre est la question de savoir si les documents produits démontraient la réalité des frais en cause, ce qui relève de l'appréciation des preuves. Quant à l'aide ménagère, la recourante s'est bornée à réclamer l'indemnité maximale prévue par l'art. 10 ch. 1 CGA X. _____ et Y. _____ (ci-après: CGA), en alléguant qu'elle *aurait* eu besoin d'une aide ménagère et en offrant de le prouver par expertise. Dans la mesure où la recourante était représentée par un avocat, la cour cantonale n'avait pas de motif de croire que l'assurée demandait en réalité autre chose, soit le paiement de frais attestés d'une aide familiale ou de la perte de gain attestée d'un membre de la famille conformément à l'art. 10 ch. 1 ou ch. 3 CGA. Elle n'avait donc pas à instruire d'office le litige sur ce point, en recherchant si la recourante avait engagé une aide ménagère ou si un de ses proches avait subi une perte de gain.

En conclusion, le grief tiré d'une violation de l'art. 247 al. 2 CPC se révèle mal fondé.

4.

La recourante est d'avis que la cour cantonale a violé l'art. 229 al. 3 CPC en refusant de prendre en compte les pièces déposées après le renvoi, avec la détermination du 29 novembre 2013.

4.1 Comme déjà relevé (consid. 2.1 supra), la procédure applicable devant l'autorité à laquelle la cause est renvoyée détermine, dans les limites tracées par l'arrêt de renvoi, s'il est possible de présenter de nouveaux allégués ou de nouveaux moyens de preuve. En l'occurrence, l'art. 229 al. 3 CPC, applicable lorsque le juge doit établir d'office les faits, permettait effectivement à la cour cantonale d'admettre des faits et moyens de preuve nouveaux après le renvoi, pour autant qu'ils concernent les prétentions litigieuses sur lesquelles l'autorité précédente devait se prononcer.

4.2 Contrairement à ce que la recourante prétend, la cour cantonale n'a pas écarté d'emblée les pièces accompagnant la détermination du 29 novembre 2013. Elle a pris en compte ces moyens de preuve, mais a jugé qu'ils n'établissaient pas les frais médicaux initialement réclamés. Il s'agit là d'une question d'appréciation des preuves qui ne relève pas de l'art. 229 al. 3 CPC. Aucune violation de cette disposition ne saurait dès lors être imputée à l'autorité cantonale.

5.

Invokant l'art. 9 Cst., la recourante fait valoir que la Cour des assurances sociales a apprécié arbitrairement les preuves en retenant que les pièces produites les 29 août 2012 et 29 novembre 2013 ne justifiaient pas les frais de massage, de sophrologie et de physiothérapie réclamés dans la demande du 29 août 2012.

5.1 En matière d'appréciation des preuves, il y a arbitraire lorsque l'autorité ne prend pas en compte, sans aucune raison sérieuse, un élément de preuve propre à modifier la décision, lorsqu'elle se trompe manifestement sur son sens et sa portée, ou encore lorsque, en se fondant sur les éléments recueillis, elle en tire des constatations insoutenables (ATF 137 I 58 consid. 4.1.2 p. 62; 137 III 226 consid. 4.2 p. 234; 136 III 552 consid. 4.2 p. 560; 134 V 53 consid. 4.3 p. 62; 129 I 8 consid. 2.1 p. 9).

5.2 Dans son mémoire du 29 août 2012, la recourante a demandé le remboursement de douze séances de sophrologie à 120 fr. et de quinze séances de physiothérapie à 100 fr.; elle n'a alors produit aucune pièce justificative. Après le renvoi, elle a déposé la note d'honoraires d'une sophrologue d'un montant de 480 fr., datée du 7 octobre 2013 (pièce n° 31, page 62 du dossier cantonal après renvoi). Ce document concerne six séances à 80 fr. suivies entre mai et octobre 2013, soit bien après le 29 août 2012. La cour cantonale pouvait dès lors considérer sans arbitraire que la note d'honoraires en question ne prouvait pas les frais de sophrologie dont le remboursement était réclamé dans la demande. De même, les quatre notes d'honoraires d'un ostéopathe produites après le renvoi (pièces n°s 32/1 à 32/4, p. 63 à 66 du dossier après renvoi), relatives à quatre séances à 110 fr. suivies entre juin et août 2013, n'établissent pas des frais de physiothérapie engagés jusqu'au dépôt de la demande.

En ce qui concerne les massages, la recourante a fait valoir dans sa demande dix séances à 80 fr., sans joindre alors de pièces justificatives. Dans sa détermination du 29 novembre 2013, l'assurée fait état, pour la période allant jusqu'au dépôt de la demande, de douze séances de massage à 120 fr. A titre de moyens de preuve, elle produit trois documents établis en octobre 2013 par l'institut C._____, lesquels recensent par année les séances suivies de 2010 à 2012 (pièces n°s 29/1, 29/2 et 29/3, p. 57 à 59 du dossier cantonal après renvoi); chaque séance de massage fait l'objet d'une ligne, avec mention de la date, du numéro de la méthode, du tarif horaire, de la durée et du prix. Il ne s'agit pas de factures en bonne et due forme,

mais de simples récapitulatifs dressés plus d'une année et même, pour le premier, plus de trois ans après les dates indiquées des séances. La recourante n'explique pas pourquoi elle ne produit pas des notes d'honoraires, alors que de telles factures ont dû être émises au fur et à mesure du traitement. Dans ces conditions, la cour cantonale pouvait retenir sans arbitraire que les documents déposés n'établissaient pas les frais engagés par la recourante pour des séances de massage.

6.

Invoquant l'art. 29 al. 2 Cst. et l'art. 8 CC, la recourante se plaint d'une violation de son droit à la preuve. Selon elle, les juges valaisans auraient dû donner suite à ses offres d'entendre ses médecins ou de mettre en oeuvre une expertise, afin qu'elle puisse prouver qu'elle avait besoin d'une aide ménagère entre 2009 et 2012.

6.1 Un droit à la preuve et à la contre-preuve est déduit de l'art. 8 CC, qui constitue, dans le domaine du droit privé, une disposition spéciale par rapport à l'art. 29 al. 2 Cst. (arrêt 4A_228/2012 du 28 août 2012 consid. 2.3 non publié in ATF 138 III 625; arrêt 5A_726/2009 du 30 avril 2010 consid. 3.1 non publié in ATF 136 III 365). Le juge enfreint l'art. 8 CC s'il refuse d'administrer une preuve régulièrement offerte, dans les formes et les délais prévus par la loi de procédure, et portant sur un fait pertinent pour l'appréciation juridique de la cause (ATF 133 III 189 consid. 5.2.2; 129 III 18 consid. 2.6 et les références).

6.2 L'art. 10 ch. 1 CGA sur lequel la recourante fonde sa prétention prévoit que l'assureur prend en charge 50% des frais attestés d'une aide familiale, jusqu'à concurrence de 30 fr. par jour pendant 60 jours au plus par année civile; la nécessité d'avoir recours à une aide familiale doit être attestée par un certificat médical (art. 10 ch. 2 CGA). A la lecture de cette disposition, il apparaît que la question de savoir si la recourante avait besoin d'une aide ménagère durant la période litigieuse n'est pertinente que si l'assurée a effectivement bénéficié des services d'une aide familiale, ce qu'elle n'a jamais prétendu. Dans ces conditions, la cour cantonale pouvait ne pas donner suite aux offres de preuve sur ce point, sans violer le droit à la preuve de la recourante.

7.

Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté.

La recourante prendra à sa charge les frais judiciaires (art. 66 al. 1 LTF). Elle n'aura pas à verser de dépens à l'intimée, qui n'est pas représentée par un avocat autorisé (art. 68 al. 1 et 2, art. 40 al. 1 LTF).

Par ces motifs, le Tribunal fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais judiciaires, arrêtés à 2'000 fr., sont mis à la charge de la recourante.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est communiqué aux parties et à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton du Valais.

Lausanne, le 14 janvier 2015

Au nom de la Ire Cour de droit civil
du Tribunal fédéral suisse

La Présidente :

La Greffière :

Kiss

Godat Zimmermann