

JUGEMENT

du 3 janvier 2018

Juge : Nicolas de Weck
Greffière : Caroline Muller

Dans la cause opposant

X. Assurances,

représentée par Me Grégoire Aubry, avocat à Biel/Bienne

à

A.,

représenté par Me Jean-Daniel Kramer, avocat à La Chaux-de-Fonds

Vu le dossier,

D'où résultent les faits suivants :

A. Le 6 mars 2013, A. (ci-après, le défendeur), agriculteur exploitant son propre domaine, a signé une proposition portant sur une assurance perte de gains en cas d'accident avec Y. Assurances (ci-après, la demanderesse). Cette proposition prévoyait le versement d'indemnités journalières à hauteur de CHF 200.00 dès le 15^{ème} jour d'incapacité de travail contre une prime annuelle de CHF 1'840.00. Le contrat devait déployer ses effets dès le 5 mars 2013. A cette occasion, avec l'aide du courtier en assurance venu lui présenter la proposition, le défendeur a répondu à plusieurs questions concernant son état de santé, notamment, à propos de l'existence d'accidents antérieurs à la conclusion du contrat d'assurance. En particulier, à la question n° 4 « Les personnes à assurer ont-elles déjà été accidentées ? Si oui : Lesquelles ? Quand ? Séquelles ? », le défendeur a répondu qu'en 2004, il avait chuté sur de la glace et qu'à cette occasion il s'était enfoncé une côte. A la question n° 5 « En cas de réponse affirmative à la question n° 4, une indemnité a-t-elle été versée pour ces accidents ? Si oui : Genre ?

De quel montant ? », le défendeur a répondu qu'il avait touché une indemnité durant environ un mois, sans toutefois se rappeler du montant.

- B.** Le 10 avril 2013, le défendeur a signé une seconde proposition d'assurance accidents portant le même numéro de police que la précédente, par laquelle il s'engageait à verser une prime annuelle de CHF 2'622.00 afin d'augmenter le montant de l'indemnité journalière de CHF 200.00 à CHF 300.00. Aucun questionnaire n'a été rempli pour cette proposition.
- C.** Le 30 avril 2013, le défendeur a déclaré qu'il avait chuté d'une hauteur de quatre mètres alors qu'il était occupé à abattre un sapin dans sa forêt. Il a annoncé ce sinistre à la demanderesse et a sollicité de sa part le versement des indemnités journalières prévues par la police d'assurance. La demanderesse lui a alors versé les indemnités journalières conformément à la proposition d'assurance du 10 avril 2013.
- D.** Un entretien a eu lieu le 17 juillet 2013 entre le défendeur et B., représentant de la demanderesse. Il ressort du rapport rédigé à la suite de cet entretien que le défendeur s'est blessé au niveau des lombaires, du genou droit et des deux pieds. Il a été traité par le Dr C. Celui-ci a prolongé le certificat d'incapacité totale de travail jusqu'au 10 août 2013. Il est également mentionné que le défendeur ne se plaignait pas de douleurs avant l'accident.
- E.** Le 29 novembre 2013, la demanderesse a adressé un courrier au défendeur par lequel elle déclarait mettre fin au contrat d'assurance en demandant la restitution des prestations versées à tort à hauteur de CHF 47'700.00, tout en indiquant renoncer à percevoir des intérêts moratoires sur ces sommes. Elle a appris au cours de ses investigations que le défendeur avait été victime d'un accident le 19 décembre 2011, en chutant d'un silo. Les suites de cet accident avaient été prises en charge par une autre compagnie d'assurance. Or, dans le questionnaire de la proposition d'assurance accidents du 6 mars 2013, il n'avait pas été fait mention de cet accident. De plus, selon l'analyse du dossier par le médecin-conseil de la demanderesse, l'accident subi le 30 avril 2013 est en relation de causalité avec l'évènement survenu fin 2011. Elle invoque donc la réticence (art. 6 LCA) dont l'assuré a fait preuve concernant le questionnaire de santé pour résilier le contrat et exiger la restitution des prestations versées à tort.
- F.** Une première lettre de rappel est parvenue au défendeur le 15 janvier 2014.

G. Le 27 janvier 2014, le mandataire du défendeur a sollicité de la demanderesse qu'elle lui transmette les documents signés par son mandant dans le cadre de la conclusion du contrat d'assurance litigieux.

H. Les 24 février et 27 juin 2014, la demanderesse a envoyé au défendeur deux autres lettres de rappel. Dans la dernière, elle a octroyé un ultime délai jusqu'au 31 juillet 2014 afin de verser le montant de CHF 47'700.00 et a indiqué qu'à défaut elle prendrait les dispositions destinées à la sauvegarde de ses intérêts.

I. Le 22 août 2014, la demanderesse a requis la poursuite du défendeur et un commandement de payer lui a été notifié le 4 septembre 2014 pour les montants suivants :

- « 1. *Montant de la créance : CHF 4'800.00 avec intérêts de 5.0% du 18.06.2013*
Motif de la créance : Remboursement de sinistre, selon lettre du 29.11.2013 et rappels
2. *Montant de la créance : CHF 9'300.00 avec intérêts de 5.0% du 10.07.2013*
Motif de la créance : Remboursement de sinistre, selon lettre du 29.11.2013 et rappels
3. *Montant de la créance : CHF 12'300.00 avec intérêts de 5.0% du 23.08.2013*
Motif de la créance : Remboursement de sinistre, selon lettre du 29.11.2013 et rappels
4. *Montant de la créance : CHF 10'800.00 avec intérêts de 5.0% du 30.09.2013*
Motif de la créance : Remboursement de sinistre, selon lettre du 29.11.2013 et rappels
5. *Montant de la créance : CHF 10'500.00 avec intérêts de 5.0% du 25.10.2013*
Motif de la créance : Remboursement de sinistre, selon lettre du 29.11.2013 et rappels. »

J. Le défendeur a fait opposition totale au commandement de payer.

K. Suite à la demande déposée le 3 août 2015 par la demanderesse, une audience de conciliation s'est tenue le 20 janvier 2016. A son issue, une autorisation de procéder a été délivrée.

L. Le 14 avril 2016, la demanderesse a fait parvenir au Tribunal de céans un mémoire de demande à l'encontre du défendeur portant les conclusions suivantes :

- « 1. *Condamner le défendeur à verser à la demanderesse la somme de CHF 47'700.00 avec intérêts à 5% dès le 18.06.2013 sur CHF 4'800.00, dès le 10.07.2013 sur CHF 9'300.00, dès le 23.08.2013 sur CHF 12'300.00, dès le 30.09.2013 sur CHF 10'800.00 et dès le 25.10.2013 sur CHF 10'500.00 ;*
2. *Prononcer la mainlevée définitive de l'opposition formée par le défendeur dans la poursuite n° _____ de l'Office des poursuites de La Chaux-de-Fonds ;*
3. *Sous suite de frais et dépens, ceci y compris pour la procédure de conciliation (ATF 141 III 20). »*

A l'appui de sa demande, la demanderesse soutient avoir mis fin au contrat qui la liait au défendeur au motif que celui-ci avait commis une réticence médicale au sens de l'article 6 LCA en ne mentionnant volontairement pas un antécédent récent ayant entraîné une incapacité de travail de longue durée en remplissant le questionnaire de

santé le 6 mars 2013. Le défendeur n'a pas annoncé avoir subi un accident le 19 décembre 2011 à la suite duquel il a été en incapacité de travail complète jusqu'au 30 septembre 2012, puis en incapacité à 50% jusqu'au 28 février 2013. Il n'a pas non plus annoncé avoir perçu des prestations d'une autre compagnie d'assurance à la suite de cet accident. Les blessures consécutives à l'accident de 2011 sont similaires à celles de 2013. Son médecin-conseil confirme le lien de causalité entre les événements de 2011 et 2013. Le défendeur aurait contacté un autre médecin que celui qui s'est occupé de lui à la suite de l'accident de 2011 afin de ne pas éveiller les soupçons. La demanderesse requiert également la production du dossier de procédure de conciliation relatif au litige entre les parties, l'audition des parties et, du défendeur, qu'il produise tout document attestant de la nature de son activité lucrative.

M. Le défendeur a fait parvenir sa réponse au Tribunal de céans le 12 juillet 2016. Ses conclusions sont les suivantes :

- « 1. Rejeter la demande dans toutes ses conclusions ;
2. Sous suite de frais et dépens. »

A l'appui de sa réponse, le défendeur fait valoir qu'un inspecteur acquisateur, D., était venu à son domicile le 6 mars 2013. C'est lui qui a rempli le questionnaire litigieux. Il a demandé au défendeur s'il avait déjà eu des accidents et s'il avait touché des prestations de la part d'une autre assurance. Le défendeur avait indiqué que tel avait été le cas en 2011. D. lui aurait répondu que cela n'avait pas d'importance particulière dès lors qu'il suffisait de dire qu'il y avait eu des sinistres auparavant. Lors du deuxième passage de D., le 10 avril 2013, la discussion n'a porté que sur la modification du montant de l'indemnité journalière et le type d'activité exercée par le défendeur. Aucune question concernant des problèmes de santé n'a été posée. Si le défendeur a dû faire appel à un autre médecin que celui qui l'a suivi lors de son accident en 2011, c'est parce qu'il ne parvenait pas à le joindre. Lors de la visite de l'inspecteur des sinistres du 17 juillet 2013, celui-ci lui a demandé s'il éprouvait des douleurs particulières avant l'accident du 30 avril 2013. Le défendeur a répondu, conformément à la vérité, qu'il ne connaissait pas de problèmes particuliers à cette date-là. Aucune question ne lui a été posée s'agissant de l'existence de sinistres antérieurs. Dans ces conditions, les prestations ont été versées à juste titre en raison de l'incapacité de travail résultant de l'accident et sur la base de la police d'assurance conclue le 10 avril 2013. Le défendeur requiert pour sa part l'interrogatoire des parties et l'audition en qualité de témoin de D., agent d'assurance et du Dr C.

N. L'échange des écritures a pris fin le 12 juillet 2016 avec le mémoire de réponse de Me Kramer (D. 8). Le 16 août 2016, une ordonnance de preuves a été décernée (D. 11). Dans le cadre de l'administration des preuves, les deux réquisitions de la demanderesse ont été admises, à savoir pour le Tribunal régional des Montagnes et du Val-de-Ruz de requérir le dossier de conciliation CONC.2015.223 et pour le défendeur de déposer dans les 20 jours dès réception de l'ordonnance de preuves, toutes pièces attestant de la nature de son activité lucrative actuelle (D. 11). La réquisition tendant à obtenir le dossier de la conciliation a été satisfaite le 10 août 2016 (D. 10). Par courrier du 4 octobre 2016, par son mandataire, le défendeur a indiqué qu'en raison des problèmes de santé qui étaient les siens, il avait dû renoncer à l'exploitation de sa ferme, ce qui signifiait implicitement qu'il n'avait plus d'activité lucrative (D. 18). Conformément à l'ordonnance de preuves du 16 août 2016, deux témoins ont été admis à la demande du défendeur, à savoir D., agent d'assurance et C., le médecin qui l'avait pris en charge à la suite de son accident du 30 avril 2013. L'interrogatoire des parties a également été requis. Le 19 août 2016, le défendeur a également délié du secret médical le Dr C. pour qu'il puisse répondre aux questions qui pourraient lui être posées dans le cadre de cette procédure (D. 17). Les parties ont ensuite été convoquées le 19 janvier 2017 pour une audience de premières plaidoiries et d'administration des preuves lors de laquelle devaient être entendus les deux témoins précités. En raison d'une incapacité à pouvoir se rendre devant le Tribunal, attestée par un certificat médical du 9 janvier 2017, le défendeur a sollicité l'annulation de cette audience. Une nouvelle audience a été fixée le 9 février 2017. Il a été décidé sur proposition du juge que le Dr C. allait être entendu par la voie d'un questionnaire écrit adressé à son cabinet médical. Le 7 février 2017, Me Kramer, pour le défendeur, a déposé le questionnaire qu'il entendait soumettre au Dr C. (D. 26). Lors de l'audience du 9 février 2017, avant les premières plaidoiries, la demanderesse a souhaité ajouter une question à poser au Dr C. qui figure au procès-verbal de l'audience précitée (D. 28).

O. Le 9 février 2017, le témoin D. a été entendu. Ses propos sont en substance les suivants. Il a rencontré à plusieurs reprises le défendeur afin de conclure divers types d'assurances. Il s'est également occupé des parents du défendeur. Il a rempli la proposition d'assurance avec le défendeur après que celui-ci avait voulu s'assurer contre la perte de gains découlant du risque accident au début de l'année 2013. Il n'a pas de souvenir précis de l'entretien, parce qu'il rencontre des

clients différents tous les jours, mais il confirme cependant avoir rempli un questionnaire de santé avec le défendeur. En général, en pareilles circonstances, c'est lui qui pose les questions et met les coches nécessaires sur le document alors que le défendeur répond par oui ou non. Il reconnaît son écriture sur les deux propositions d'assurance des 6 mars et 10 avril 2013. Il s'étonne de ne pas y trouver sa signature au bas des propositions d'assurance, alors qu'il les a lui-même remplies. Il exerce sa profession de courtier de manière indépendante, et a continué, même après avoir atteint l'âge de la retraite. Il touche des commissions calculées en fonction d'un pourcentage de la prime. Il reçoit chaque année un décompte avec la somme de ses commissions. Il a reparlé de cette affaire avec le défendeur lorsque celui-ci lui a fait part des prétentions de la demanderesse en restitution des indemnités journalières versées. Il n'exclut pas avoir rempli une proposition d'assurance pour Z. Assurances avec le défendeur. Il n'a jamais eu le droit de souscrire une assurance pour le compte de la demanderesse. Il se limitait à remplir les propositions d'assurance avec les potentiels clients et celles-ci devaient être acceptées par la demanderesse. Concernant les pratiques visant à répondre de manière incorrecte à un questionnaire de santé, il dit qu'en tant que courtier il a été sensibilisé à cette pratique et ajoute « qu'il faut être con pour faire de telles choses dans l'espoir d'obtenir une commission s'élevant entre CHF 100.00 et CHF 500.00 ». S'il avait eu connaissance d'un précédent contrat d'assurances avec Z. Assurances, il aurait été obligé de l'indiquer. De même, il répond que s'il avait eu connaissance d'un cas d'assurance accidents survenu en 2011, avec des prestations d'assurance servies jusqu'en 2013, il aurait évidemment indiqué la date de la résiliation du contrat avec Z. Assurances en 2013 et non pas une date en 2004. A l'occasion de cette audience, le défendeur a complété le questionnaire adressé au Dr C. par une question.

P. Le 26 février 2017, le Dr C. a fait parvenir ses réponses au Tribunal de céans. En substance, il a répondu que le défendeur est son patient depuis le 10 juin 2013. En 2011, il ne connaissait pas A. En 2013, il souffrait de douleurs au niveau des deux pieds et des deux chevilles, avec par la suite une localisation des douleurs au niveau des « avant-pieds ». Il ne peut affirmer que le défendeur était guéri des suites de l'accident de 2011, puisqu'il ne le connaissait pas à cette époque-là. Le défendeur lui a fait part de son accident de 2011 et des douleurs qu'il ressentait principalement au niveau du pied gauche. En analysant l'IRM des deux avant-pieds, il a précisé que l'avant-pied droit souffrait d'une tendinopathie des fléchisseurs du côté interne à la hauteur de la tarse, d'un petit œdème autour du ligament latéral interne

métatarso-phalangien du 1^{er} rayon et l'absence de fracture, alors que l'image ne montrait rien de particulier pour le pied gauche. Il ajoute encore que les douleurs du défendeur ont duré plusieurs mois, mais qu'à sa connaissance, celles-ci ne sont actuellement plus présentes. Enfin, il a déclaré avoir été consulté le 10 juin 2013.

Q. Dans le délai fixé par le juge de céans afin de formuler leurs observations, de poser d'éventuelles questions complémentaires pour le Dr C. et de se déterminer sur la nécessité de l'interrogatoire des parties, les parties ont renoncé à fournir des observations et des questions complémentaires pour le Dr C., ainsi qu'à requérir l'interrogatoire des parties. Lors de l'audience du 6 juillet 2017, les mandataires des parties ont plaidé et confirmé leurs conclusions.

CONSIDÉRANT :

- 1.** La demande a été déposée dans les trois mois suivant la délivrance de l'autorisation de procéder conformément à l'article 209 alinéa 3 CPC. La valeur litigieuse dépassant CHF 30'000.00 conformément aux articles 92 et 243 alinéa 1 *a contrario* CPC, la procédure ordinaire est applicable. Partant, la demande est recevable. Par ailleurs, la demande a été introduite devant le tribunal du for du domicile du défendeur selon ce que prévoit l'article 10 alinéa 1 lit. a CPC.
- 2.** La demanderesse, invoque l'article 6 LCA et reproche au défendeur d'avoir commis une réticence au moment de remplir et de signer la proposition d'assurance, le 6 mars 2013, en violation de son devoir de renseigner découlant de l'article 4 LCA.
- 3.** En droit, selon l'article 4 alinéa 1 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). Cette obligation couvre également les faits survenus après la proposition du potentiel assuré, mais avant la conclusion du contrat (BSK VVG Nachf.Bd.-**Nef/von Zedtwitz**, art. 4 ad N 7). La notion de fait important est définie à l'article 4 alinéa 2 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. On vise ainsi tous les éléments qui doivent être pris en considération 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. L'article 4 alinéa 3 LCA présume que le fait est important s'il a fait l'objet d'une question écrite de l'assureur qui est précise et non équivoque. Il ne s'agit que d'une

présomption qui peut être renversée. Pour renverser cette présomption, aucune preuve particulière n'est requise et il suffit par exemple que le contraire ressorte à l'évidence ; il faut se demander si l'assureur, dans l'hypothèse où la vérité lui aurait été dite, n'aurait pas conclu le contrat ou ne l'aurait pas conclu aux mêmes conditions (ATF 136 III 334, consid. 2.4). L'exactitude des réponses qui sont attendues dépend de la précision des questions. Le proposant doit annoncer les problèmes de santé qui dépassent le simple désagrément momentané (BSK VVG Nachf.Bd.-Nef/von Zedtwitz, art. 4 ad N 26).

- 4.** Selon l'article 6 alinéa 1 LCA, si celui qui avait l'obligation de déclarer a, lors de la conclusion du contrat, omis de déclarer ou inexactlyement déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître (réticence), et sur lequel il a été questionné par écrit, l'assureur est en droit de résilier le contrat. Subjectivement, la réticence suppose que le proposant connaissait ou aurait dû connaître la vérité. Objectivement, il faut que la réponse donnée à la question ne soit pas conforme à la vérité, par omission ou inexactitude (arrêt du TF 4A_25/2017 du 29.03.2017, consid. 2.1). Selon la jurisprudence, l'assureur qui entend se départir du contrat selon l'article 6 LCA doit déclarer de façon circonstanciée, dans l'acte par lequel il allègue la réticence et signifie à l'assuré qu'il se départit du contrat, le fait non déclaré ou inexactlyement déclaré par le proposant (ATF 110 II 499, consid. 4c ; 129 III 713, consid. 2.1). L'assureur doit exercer son droit de résiliation dans les quatre semaines qui suivent la découverte de la réticence (art. 6 al. 2 LCA). Le délai péremptoire commence à courir dès que l'assureur peut conclure de manière certaine que l'assuré a violé son obligation de déclarer les faits importants et partant a fait preuve de réticence (ATF 119 V 283, consid. 5a ; arrêt du TF 4A_285/2009 du 22.10.2009, consid. 3.1). A été considéré comme un cas de réticence, le cas d'une assurée qui n'a pas déclaré suivre un traitement d'acupuncture contre l'alcoolisme durant plus de quatre semaines alors qu'il lui était demandé si elle avait suivi un traitement médical durant plus de quatre semaines. Dans le doute, tous les traitements prodigués par un médecin doivent être compris comme étant des traitements médicaux. Que le traitement ait des visées thérapeutiques ou prophylactiques n'a pas d'importance (arrêt du TF 4A_381/2008 du 24.11.2008, consid. 2.3).
- 5.** Selon l'article 6 alinéa 3, si le contrat prend fin par résiliation en vertu de l'alinéa 1, l'obligation de l'assureur d'accorder sa prestation s'éteint également pour les sinistres déjà survenus lorsque le fait qui a été l'objet de la réticence a influé sur la survenance ou l'étendue du sinistre. Dans la mesure où il a déjà accordé une prestation pour un tel sinistre, l'assureur a droit à son remboursement. L'assureur peut donc obtenir le

remboursement de la prestation qu'il a accordée pour un sinistre, lorsque le fait qui a été l'objet de la réticence a influé sur la survenance ou l'étendue de celui-ci (arrêt du TF 4A_25/2017 du 29.03.2017, consid. 2.1). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la notion du lien de causalité est large entre le fait important pour apprécier le risque et le risque qui s'est réalisé (arrêts du TF 9C_18/2016 du 07.10.2016, consid. 6.2.2 ; 4A_150/2015 du 29.10.2015, consid. 7.4 ; 4A_303/2010 du 11.08.2010, consid. 2.4 ; **Brulhart**, Droit des assurances privées, Berne 2008, p. 217). Il faut que le fait important passé sous silence se rapporte au risque qui s'est réalisé (arrêt du TF 4A_150/2015 du 29.10.2015, consid. 7.4). Par exemple, il existe un lien de causalité suffisant entre un surpoids massif et une maladie cardiovasculaire qui se déclare, car le surpoids est un facteur de risque pour ce type de maladies (arrêt du TF 9C_18/2016 du 07.10.2016, consid. 6.2.2). Si le lien de causalité est avéré, l'obligation de l'assureur de verser des prestations telles que définies par le contrat s'éteint dans sa totalité, indépendamment de la part des fausses déclarations dans la survenance ou l'ampleur du sinistre (BSK VVG Nachf.Bd.-**Nef/von Zedtwitz**, art. 6 ad N 31s). A l'inverse, l'assureur reste tenu de verser des prestations lorsque la survenance ou l'étendue du dommage est complètement indépendante du fait important qui a été omis (BSK VVG Nachf.Bd.-**Nef/von Zedtwitz**, art. 6 ad N 5). Par exemple, l'assureur ne saurait, en vertu de l'article 6 alinéa 3 LCA, refuser d'indemniser l'assuré dont le véhicule parké a été endommagé parce que cet assuré, par exemple, lui a tu avoir été condamné pour conduite en état d'ébriété ou vitesse excessive (arrêt du TF 4A_303/2010 du 11.08.2010, consid. 2.4).

- 6.** Le fardeau de la preuve de l'existence d'une réticence est à la charge de l'assureur (**Carré**, Loi fédérale sur le contrat d'assurance, Lausanne, 2000, ad art. 6, p. 150 et les références citées). L'assuré, de son côté, supporte le fardeau de la preuve du fait que l'assureur aurait conclu, de toute façon, et aux mêmes conditions en l'absence de réticence (**Carré**, op. cit. ad art. 6 p. 150 et les références citées).
- 7.** Il résulte de ce qui a été exposé en droit que les effets de la réticence sont lourds pour l'ayant droit, du moment que l'assureur est en droit de résilier le contrat (art. 6 al. 1 LCA). Non seulement l'assureur n'est plus lié pour l'avenir, mais il peut encore refuser sa prestation pour un sinistre déjà survenu et à obtenir le remboursement de la prestation qu'il a accordée pour un tel sinistre, lorsque le fait qui a été l'objet de la réticence a influé sur la survenance ou l'étendue du sinistre (art. 6 al. 3 LCA). C'est la raison pour laquelle, le législateur a soumis l'exercice du droit de résilier pour

réticence à des conditions strictes, notamment celles de respecter un délai de quatre semaines après que l'assureur a eu connaissance de la réticence.

- 8.** Ce délai de quatre semaines est un délai de péremption (**Brulhart**, Droit des assurances privées, Berne, 2008, n° 475, p. 216 et arrêt du TF du 29.10.2015, 4A_150/2015, consid. 6.3). Le *dies a quo* de ce délai commence, selon la doctrine et la jurisprudence, lorsque l'assureur est en possession d'éléments suffisamment détaillés pour motiver une violation de l'obligation de déclarer (**Brulhart**, op. cit. n° 475, p. 216 et ATF 118 II 333 consid. 3a, p. 340). Le fardeau de la preuve du respect du délai de quatre semaines est supporté par l'assureur. Ce dernier doit établir par pièces ou d'autres moyens de preuves le moment où il a eu connaissance de la réticence. Il est dispensé de rapporter une telle preuve uniquement si la partie adverse a admis ses allégations (Arrêt du TF du 29.10.2015, 4A_150/2015, consid. 6.6).
- 9.** En l'espèce, la requérante n'a fait référence au respect des conditions de l'article 6 LCA pour résilier sur réticence que d'une façon sibylline. Au chiffre 6.1, elle allègue, en substance, avoir entrepris des investigations complémentaires ayant été intriguées par certains éléments factuels du dossier et au chiffre 6.2, , elle a indiqué, sans préciser la date de réception de l'information : « La demanderesse a alors été informée par la société Z. Assurances que le défendeur avait auparavant bénéficié d'une assurance accidents auprès de cette compagnie, et avait déjà annoncé un sinistre le 19 décembre 2011, soit à peine plus d'une année avant la conclusion du contrat d'assurance du mois d'avril 2013 ». Finalement, la demanderesse a indiqué au chiffre 8.1 de la demande : « Compte tenu de tous ces éléments, après avoir également consulté le 21 novembre 2013 son médecin-conseil, qui a confirmé le lien de causalité entre les évènements des 19 décembre 2011 et 30 avril 2013, la demanderesse, en application de l'article 6 LCA, a résilié le contrat d'assurance ». Le défendeur s'est déterminé par rapport à ces différents allégués de la manière suivante : ad 6 : « contesté au sens de la réponse » et ad 8 : « contesté ».
- 10.** Pour se départir du contrat qui la liait avec le défendeur, la demanderesse se réfère principalement à deux documents. D'une part, elle a déposé le dossier d'assurance de Z. Assurances constitué suite au sinistre survenu le 19 décembre 2011 et, d'autre part, une note téléphonique qui relate un entretien entre un collaborateur de la demanderesse « E. » et le médecin-conseil de l'assurance « Dr F. », lequel a estimé qu'il existait une relation de causalité entre le sinistre du 30 avril 2013 et celui survenu le 19 décembre 2011, que le défendeur avait tu au moment de

remplir sa proposition d'assurance, le 6 mars 2013. Sur cette note téléphonique datée du 21 novembre 2013, il est mentionné : « réticence avérée ».

Dans son allégation, la demanderesse n'a pas fait référence avec précision au *dies a quo* du délai de quatre semaines de l'article 6 alinéa 2 LCA. Or, ce délai commence à courir dès le moment où l'assureur est en possession d'éléments suffisamment détaillés pour reprocher à son assuré une violation de l'obligation de déclarer. A une date indéterminée, la demanderesse a reçu le dossier de Z. Assurances qui contenait : la déclaration de sinistre, les évaluations faites du cas par les médecins en charge du défendeur, un rapport de scintigraphie osseuse, l'expertise orthopédique du Dr G. du 19 juin 2012 et le décompte des prestations d'assurances fournies. Avec ces documents, l'assurance était suffisamment renseignée pour déterminer si elle entendait reprocher ou non une violation du devoir d'informer à son assuré. Or, la demanderesse n'a pas mentionné dans sa demande la date de réception du dossier de Z. Assurances. Elle s'est contentée d'indiquer qu'elle avait résilié le 29 novembre 2013, après avoir consulté son médecin-conseil le 21 novembre 2013 dans le respect des règles de l'article 6 LCA. Le défendeur conteste le fait que la demanderesse ait résilié dans le respect des règles de l'article 6 LCA.

- 11.** La date du 21 novembre 2013, soit celle de la prise de position du médecin-conseil de l'assurance, constituerait selon la demanderesse, le *dies a quo* du délai de quatre semaines de l'article 6 alinéa 2 LCA. Cependant, que le médecin-conseil ait été employé par l'assurance ou qu'il fût médecin indépendant mandaté par l'assurance pour fournir des conseils pour l'évaluation des risques ou la gestion des sinistres, il s'agit de toute façon d'un auxiliaire de l'assurance. Sa prise de positions intervient forcément sur demande de l'assurance après que celle-ci a eu connaissance des éléments qui lui font estimer qu'un cas de réticence existe ou non. Sa prise de position ne peut donc pas avoir pour effet de faire partir le *dies a quo*. Il appartient à l'assureur qui obtient d'une autre assurance un dossier lié à un sinistre qui n'aurait pas été annoncé, de consulter son médecin-conseil dans le délai de quatre semaines prévu à l'article 6 alinéa 2 LCA sous peine de péremption de son droit de résilier pour réticence. Le recours à un médecin-conseil est une étape du processus interne de la prise de décision de l'assurance sur un cas donné. Il ne s'agit pas d'un fait extérieur à l'assurance qui parvient à sa connaissance. En l'espèce, c'est donc déjà au moment de la réception du dossier de Z. Assurances que l'assureur était en possession de toutes les informations nécessaires pour décider d'un cas de réticence ou non. Il appartenait donc à la demanderesse d'alléguer et de prouver la date de réception du

dossier qu'elle avait obtenu de Z. Assurances (PL 7 demanderesse) et de démontrer que cette réception était intervenue au plus tôt le 1^{er} novembre 2013 (quatre semaines représentent 28 jours), la résiliation étant intervenue le 29 novembre 2013. Par ailleurs, si l'on retenait que le délai de quatre semaines était respecté non pas parce que la seule déclaration de résiliation était intervenue dans ce délai mais parce que cette déclaration de résiliation avait été reçue dans ce même délai, conformément à la théorie de la réception, alors l'assureur aurait dû démontrer qu'il n'avait pas reçu le dossier de Z. Assurances avant le 8 novembre 2013 (la résiliation de l'assurance date du 29 novembre 2013 avec les sept jours de garde, ce document a pu être reçu au plus tard le 6 décembre 2013. Si l'on remonte de 28 jours depuis le 6 décembre 2013, on arrive au 8 novembre 2013). Par déduction, on peut retenir comme vraisemblable le fait que la demanderesse, qui a encore versé des prestations, le 25 octobre 2013 (PL 9 demanderesse), n'avait valablement pas eu connaissance à ce moment-là du dossier de Z. Assurances. En effet, si tel avait été le cas, elle n'aurait plus versé de prestations, le 25 octobre 2013. Cependant, ces conjectures ne permettent pas de faire avancer l'administration des preuves. Il appartenait à l'assurance d'établir par pièces (un timbre avec la mention : accusé de réception « en date du » eût suffi) qu'elle n'avait pas eu connaissance du dossier de Z. Assurances avant le 1^{er} novembre 2013, ou avant le 8 novembre 2013 qu'elle entende se prévaloir de la théorie de la réception ou non. A cet égard, les deux théories ont leur soutien. Le Tribunal fédéral semble avoir opté jusqu'à présent pour retenir la date de déclaration de résiliation, dans des cas où il n'apparaissait pas nettement que l'issue eu été différente si l'on s'était fondé sur la date de réception de la résiliation (ATF 129 III 713, consid. 2.1 et 110 II 499, p. 504), alors que la doctrine semble pencher pour la théorie de la réception. En l'occurrence, cette controverse n'a pas d'intérêt puisque la demanderesse n'a pas établi d'une quelconque manière qu'elle avait respecté le délai de quatre semaines de l'article 6 alinéa 2 LCA.

- 12.** Se pose encore la question de la possibilité pour le Tribunal de retenir la péremption du droit invoqué par la demanderesse alors que le défendeur n'a pas expressément soulevé cette exception.
- 13.** Contrairement à la prescription du droit d'action qui doit être soulevée par les parties, la péremption, entraînant l'extinction totale et en principe irrémédiable du droit qu'elle vise, doit être relevée d'office par le Tribunal. Notre ordre juridique ne permet pas en effet de condamner un défendeur à payer une dette qui n'existe plus ou qui n'a jamais existé (**Pichonnaz**, Commentaire du Code des obligations n° 1, 2^{ème} édition, Bâle, 2012, ad art. 127, n° 8, p. 968). Par conséquent, même si le défendeur n'a pas

expressément invoqué la péremption du droit réclamé en justice par la demanderesse, le Tribunal doit la relever d'office.

- 14.** Par ailleurs, en procédure, la partie qui conteste les allégués de son adversaire n'est pas tenue de motiver sa contestation (**Hohl**, Procédures civiles, 2^{ème} édition, Berne, 2016, n° 1280, p. 211). Elle n'a pas à exposer pourquoi elle conteste les faits ; elle peut se borner à dire qu'elle les ignore. Il est possible d'exiger du défendeur qu'il concrétise sa contestation pour que le demandeur puisse savoir quels allégués précis sont contestés et partant puisse faire administrer les preuves dont le fardeau lui incombe. On parle de charge de la motivation de la contestation. Mais, les exigences à cet égard, ne doivent pas entraîner un renversement du fardeau de la preuve (ATF 117 II 113, JT, 1992 I 307). La partie qui n'est pas chargée du fardeau de la preuve n'a en effet pas le devoir de collaborer à l'administration des preuves et à être tenue d'apporter la contre preuve des faits allégués. La motivation de la contestation des faits n'est donc pas soumise aux mêmes exigences de motivation de l'allégation des faits. Toutefois, plus les allégués sont motivés, plus les exigences de contestation de ceux-ci seront élevés également (ATF 141 III 433, SJ 2016 I 162 consid. 2.6 et **Hohl**, op. cit., n° 1281, p. 211/212).
- 15.** La demanderesse n'a pas allégué avec précision les circonstances qui lui ont permis d'apprendre que le défendeur avait, selon elle, commis une réticence (voir les allégués 6 et 8.1 de la demande). Elle s'est contentée d'affirmer que la résiliation était intervenue pour réticence dans le respect des conditions de l'article 6 LCA, ce qui signifie, implicitement, que la demanderesse estimait qu'elle avait respecté le délai de quatre semaines de l'article 6 alinéa 2 LCA, affirmant qu'elle n'avait eu connaissance des éléments suffisants pour justifier une résiliation pour violation de l'obligation de déclarer, que depuis la prise de position de son médecin-conseil, soit depuis le 21 novembre 2013. Le défendeur a de son côté contesté les allégués 6 et 8. Dans la mesure où ces allégués n'étaient pas motivés de façon circonstanciée, il ne peut être reproché au défendeur de ne pas avoir, de son côté, motivé sa contestation et de s'être contenté d'indiquer la mention « contestée » ou « contestée au sens de la réponse ». Il faut donc retenir que le défendeur a par ses indications valablement indiqué qu'il contestait la version des faits soutenue par la demanderesse.
- 16.** Pour l'ensemble de ces raisons, le Tribunal retient que la demanderesse n'a pas démontré que le délai de quatre semaines de l'article 6 alinéa 2 LCA avait été respecté alors même que ce fait était contesté. De ce fait, la résiliation pour réticence du 29 novembre 2013 est nulle et les prétentions de la demanderesse tendant à la

restitution des prestations versées suite au sinistre du 30 avril 2013 à hauteur de CHF 47'700.00 doivent être rejetées pour motif de péremption. La mainlevée de l'opposition doit également être rejetée pour ces motifs.

Les frais avancés à hauteur de CHF 3'500.00 par la demanderesse et de CHF 150.00 par la demanderesse sont arrêtés à CHF 3'500.00. Les frais de conciliation de CHF 1'000.00 ont été avancés par la demanderesse et mis à la charge de la demanderesse. Vu le sort de la cause, les frais sont mis à la charge de la demanderesse qui succombe. Les frais de la conciliation suivent le sort de la cause au fond.

La demanderesse s'acquittera en outre d'une indemnité de dépens qui, faute de mémoire déposé sera arrêtée à CHF 5'584.00 (2 heures de rendez-vous, 3 heures de rédaction de mémoire, 1,5 heure + 50 minutes pour les deux audiences, l'étude du dossier de 3 heures, 2,5 heures de correspondance au Tribunal, 2 heures de correspondance au client, 30 minutes pour un questionnaire du Dr C., ce qui fait un total de 15,40 heures, soit CHF 4'700.00 + 10% + 8% = CHF 5'583.60).

PAR CES MOTIFS :

1. Rejette la demande.
2. Arrête les frais à CHF 3'500.00 et les met à la charge de la demanderesse qui succombe et qui supportera également les frais de la procédure de conciliation qu'elle a avancés à hauteur de CHF 1'000.00.
3. Condamne la demanderesse à verser en faveur du défendeur une indemnité de dépens de CHF 5'584.00.

La Chaux-de-Fonds, le 3 janvier 2018

La greffière

Le juge

Dans les affaires patrimoniales où la valeur litigieuse au dernier état des conclusions est de CHF 10'000.00 au moins (art. 308 al. 2 et 314 al. 1 CPC), un appel, écrit et motivé, peut être introduit auprès du greffe du Tribunal cantonal, rue du Pommier 1, 2001 Neuchâtel, dans les **30 jours** à compter de la notification de la présente décision ; la décision attaquée doit être jointe à l'appel (art. 311 CPC).

Dans les autres affaires, un recours, écrit et motivé, peut être introduit auprès du greffe du Tribunal cantonal, rue du Pommier 1, 2001 Neuchâtel, dans les **30 jours** à compter de la notification de la présente décision ; la décision attaquée doit être jointe au recours (art. 321 CPC).

Expédition en Recommandé le :