

Bundesgericht
Tribunal fédéral
Tribunale federale
Tribunal federal

{T 0/2}

4A_289/2013

Arrêt du 10 septembre 2013

Ire Cour de droit civil

Composition
Mmes et M. les Juges fédéraux Klett, présidente, Kolly et Kiss.
Greffier: M. Ramelet.

Participants à la procédure
X._____, représentée par Me Stefano Fabbro,
recourante,

contre

Y._____ SA,
intimée.

Objet
contrat d'assurance, réticence,

recours contre le jugement rendu le 30 avril 2013 par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal valaisan.

Faits:

A.

A.a. X._____, née en 1975, a signé le 11 octobre 2008 une proposition d'assurance-maladie complémentaire auprès de Y._____ SA (ci-après: Y._____), à Winterthur, portant sur les couvertures xxx, yyy et zzz et devant prendre effet le 1er janvier 2009. Le même jour, elle a rempli un questionnaire de santé, annexé à la proposition d'assurance, contenant des questions numérotées de 1 à 8.

Elle a répondu affirmativement à la question n° 1 ayant le libellé suivant; " Souffrez-vous ou avez-vous souffert de maladies et celles-ci ont-elles été constatées par un médecin et/ou avez-vous reçu un traitement thérapeutique ? Présentez-vous des séquelles d'une maladie ou d'un accident, souffrez-vous de troubles congénitaux (prière de joindre la décision de l'AI), ou avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale ? ".
Elle en a fait de même à la question n° 2 suivante: " Une visite médicale, un séjour hospitalier ou un traitement thérapeutique sont-ils prévus ? ".
Elle a encore répondu par l'affirmative à la question n° 3 qui suit: " Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été en traitement chez un médecin, un psychiatre, un psychologue, un physiothérapeute, un naturopathe ou toute autre personne exerçant une activité dans le domaine médical ? ".
La proposante a en revanche répondu négativement à la question n° 6 " Prenez-vous régulièrement des médicaments ? ".
Dans la rubrique intitulée " Renseignements complémentaires pour les questions auxquelles vous avez répondu par l'affirmative ", X._____ a précisé souffrir de maux de tête passagers depuis juillet 2008, n'être pas complètement guérie et être suivie par le Dr A._____, à
Y._____ a accepté la proposition d'assurance, sans réserve, le 16 octobre 2008.

A.b. Le 26 mars 2009, la Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie (SVK) a adressé à Y._____ une copie de la garantie de prise en charge pour le médicament " Rebif " qu'elle avait adressée à X._____ le 20 février 2009 (art. 105 al. 2 LTF); ce médicament est généralement prescrit dans le cadre du traitement de la sclérose en plaques.

Requis par Y._____ de la renseigner plus avant au sujet de la prescription de ce médicament, le Dr B._____, neurologue à ..., a indiqué, le 4 mai 2009, que X._____ avait été hospitalisée à ... du 7 au 9 juillet 2008, où avait été suspecté le diagnostic de maladie démyélinisante, qu'il l'a vue le 29 août 2008, que l'IRM pratiquée à cette époque faisait suspecter une sclérose en plaques (SEP) sans que tous les critères diagnostiques ne soient remplis, mais que ce n'est que le 3 décembre 2008, à la suite d'une nouvelle poussée, qu'un diagnostic a pu être posé avec certitude et que la patiente a été informée de manière certaine qu'elle était atteinte de sclérose en plaques.

Le 6 août 2009, Y._____ a reçu de l'Hôpital V._____ une copie de la fiche de traitement ambulatoire afférente à la consultation dans cet établissement effectuée par X._____ le 23 janvier 2009; cette fiche mentionne " patiente 33 ans avec SEP depuis juillet 2008 ".

Par courrier du 13 août 2009 portant le libellé " Votre assurance des soins-N° d'assurée ..., Exclusion des assurances complémentaires ", Y._____ a rappelé à X._____ que dans le cadre de sa demande d'adhésion au 1er janvier 2009, elle avait répondu à quelques questions concernant sa santé; qu'il s'est avéré qu'elle avait été hospitalisée du 7 au 9 juillet 2008 à ... " où l'on suspectait le diagnostic d'une maladie démyélinisante "; qu'en déclarant le 11 octobre 2008 qu'elle souffrait uniquement de maux de tête passagers, elle avait omis de mentionner un fait important qu'elle connaissait au moment de la signature de la proposition; qu'à supposer qu'elle ait répondu de manière exacte aux questions posées, sa demande d'adhésion aux assurances complémentaires n'aurait pas été acceptée sans réserve; qu'au regard de l'art. 6 de la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA; RS 221.229.1), elle avait commis une réticence; qu'en conséquence Y._____ l'excluait avec effet immédiat des assurances complémentaires xxx, yyy et zzz.

L'assurée a contesté que les conditions légales d'une réticence soient remplies.

Il ressort du rapport établi le 19 août 2008, à l'intention du Dr C._____ de l'Hôpital V._____, par le Professeur D._____, médecin-chef au Centre Hospitalier de W._____, que ce dernier avait retenu, à la suite d'une consultation spécialisée ayant eu lieu le 15 juillet 2008, le diagnostic de " céphalées et hyposensibilité faciale gauche sur phénomène inflammatoire du système nerveux central, 1er épisode " et qu'il devait revoir X._____ en contrôle le 13 octobre 2008.

Dans un rapport du 23 octobre 2009 destiné à Y._____, le Professeur D._____ a écrit que la première poussée de la sclérose en plaques avait eu lieu en août 2008, qu'une seconde poussée était survenue le 20 janvier 2009 et qu'une incapacité de travail de 100% avait été reconnue à l'assurée depuis le 3 décembre 2008. Le 23 novembre 2009, ce praticien a encore ajouté que X._____ n'était pas au courant de son diagnostic au moment où elle a contracté son assurance complémentaire, car il ne lui avait parlé que d'une maladie inflammatoire, et non d'une sclérose.

Dans un courrier du 11 décembre 2009 destiné au mandataire de l'assurée, le Dr B._____ a confirmé que le diagnostic de sclérose en plaques avait été posé de façon certaine en décembre 2008 seulement.

Le 8 février 2010, le Dresse E._____, cheffe de clinique à l'Hôpital V._____, a précisé à Y._____ que l'hospitalisation de dame X._____ en juillet 2008 était due à des céphalées et à une hypoesthésie faciale gauche attribuée à une possible maladie démyélinisante et que le médicament " Tégretol " avait été administré à cette occasion.

Après analyse de ces divers renseignements, Y._____ n'a pas modifié sa position, de sorte que, par courrier du 16 février 2011 adressé au mandataire de l'assurée, elle a confirmé la réticence de celle-ci et son exclusion des assurances complémentaires.

B.

Le 29 août 2012, X._____ (demanderesse) a ouvert action contre Y._____ (défenderesse) devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton du Valais. Elle a requis qu'il soit constaté que le contrat d'assurances complémentaires n'a pas été valablement résilié par la défenderesse, que ce contrat est ainsi maintenu, que la défenderesse est condamnée à lui verser la somme de 12'707 fr., plus intérêts à 5% l'an dès le 3 décembre 2008, sous déduction des primes d'assurances complémentaires qu'elle n'a pas acquittées jusque-là, et qu'il soit constaté qu'elle se réserve le droit d'invoquer toute autre prétention relative à sa maladie (i. e. la SEP) à l'encontre de la défenderesse. Les prétentions pécuniaires de la demanderesse se décomposent en divers frais médicaux, par 5'507 fr., et en une indemnité pour l'aide familiale à laquelle elle aurait eu droit selon la police d'assurances complémentaires, évaluée à 7'200 fr. Dans sa demande, X._____ a encore sollicité l'audition des Drs A._____, D._____, B._____ et C._____.

La défenderesse a conclu au rejet de la demande en tant qu'elle était recevable.

Invitées le 28 novembre 2012 par la cour cantonale à indiquer si elles renonçaient aux plaidoiries orales, les parties ont répondu affirmativement et ont déposé des plaidoiries écrites.

L'audition des témoins proposés par la demanderesse n'a pas eu lieu, sans que la cour cantonale n'en donne les motifs.

Par jugement du 30 avril 2013, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal valaisan,

statuant en instance cantonale unique, a rejeté la demande, admettant que l'assurée avait commis une réticence. Les motifs de cette décision seront exposés ci-dessous dans la mesure utile.

C.

X. _____ exerce un recours en matière civile au Tribunal fédéral contre le jugement précité. Invoquant un établissement manifestement inexact des faits (art. 97 al. 1 LTF), la violation des art. 4 et 6 LCA ainsi qu'une entorse à son droit d'être entendue (art. 29 al. 2 Cst.), la recourante conclut, principalement, à l'annulation de la décision attaquée et reprend les conclusions de sa demande. Subsidiairement, elle requiert l'annulation du jugement entrepris et le renvoi de la cause à la cour cantonale pour nouvelle décision.

L'intimée propose le rejet du recours.

La recourante a répliqué; l'intimée a renoncé à dupliquer.

Considérant en droit:

1.

1.1. Les assurances complémentaires au sens de l'art. 12 al. 2 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10) relèvent, en vertu de l'art. 12 al. 3 LAMal, de la LCA, de sorte qu'elles donnent lieu à une contestation civile (ATF 133 III 436 consid. 2.1 p. 441 s.).

Selon l'art. 7 CPC, les cantons peuvent instituer un tribunal qui statue en tant qu'instance cantonale unique sur les litiges portant sur les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale. Le canton du Valais a fait usage de cette faculté en désignant le tribunal cantonal comme instance cantonale unique (art. 5 al. 1 let. a de la loi d'application du code de procédure civile suisse du 11 février 2009, LACPC/VS).

Avec l'entrée en vigueur du CPC, l'art. 74 al. 2 let. b et l'art. 75 al. 2 let. a LTF ont été modifiés en ce sens que la formule " une loi fédérale prescrit une instance cantonale unique " a été remplacée par la phrase " une loi fédérale prévoit une instance cantonale unique ". Il résulte des travaux préparatoires que la volonté du législateur, en adoptant cette modification, était d'englober non seulement les cas où le droit fédéral impose une instance cantonale unique, mais aussi les cas où il permet au droit cantonal de prévoir une instance cantonale unique et que le droit cantonal a fait usage de cette faculté (ATF 138 III 799 consid. 1.1. p. 800). Il résulte donc de l'art. 7 CPC que l'on se trouve en présence d'un cas où, selon la nouvelle formulation de la LTF, une loi fédérale prévoit une instance cantonale unique. En conséquence, la cour cantonale a valablement statué en instance unique (art. 75 al. 2 let. a LTF) et le recours est recevable sans égard à la valeur litigieuse (art. 74 al. 2 let. b LTF).

1.2. Interjeté pour le reste par la partie demanderesse qui a entièrement succombé dans ses conclusions et qui a ainsi la qualité pour recourir (art. 76 al. 1 LTF), dirigé contre un jugement final (art. 90 LTF) rendu par un tribunal supérieur statuant en instance cantonale unique (art. 75 LTF), le recours est par principe recevable, puisqu'il a été déposé dans le délai (art. 100 al. 1 LTF) et la forme (art. 42 LTF) prévus par la loi.

1.3. Le recours en matière civile peut être interjeté pour violation du droit fédéral (art. 95 let. a LTF), y compris le droit constitutionnel (ATF 136 I 241 consid. 2.1 p. 247; 136 II 304 consid. 2.4 p. 313). Le Tribunal fédéral applique le droit d'office (art. 106 al. 1 LTF). Il n'est pas limité par les arguments soulevés dans le recours ni par la motivation retenue par l'autorité précédente; il peut donc admettre un recours pour d'autres motifs que ceux qui ont été articulés ou, à l'inverse, rejeter un recours en adoptant une argumentation différente de celle de l'autorité précédente (ATF 139 V 127 consid. 1.2 p. 129; 138 II 331 consid. 1.3 p. 336). Compte tenu de l'exigence de motivation contenue à l'art. 42 al. 1 et 2 LTF, sous peine d'irrecevabilité (art. 108 al. 1 let. b LTF), le Tribunal fédéral n'examine en principe que les griefs invoqués; il n'est pas tenu de traiter, comme le ferait une autorité de première instance, toutes les questions juridiques qui se posent, lorsque celles-ci ne sont plus discutées devant lui (ATF 137 III 580 consid. 1.3 p. 584; 135 II 384 consid. 2.2.1 p. 389; 135 III 397 consid. 1.4).

1.4. Par exception à la règle selon laquelle il applique le droit d'office, il ne peut entrer en matière sur la violation d'un droit constitutionnel ou sur une question relevant du droit cantonal ou intercantonal que si le grief a été invoqué et motivé de manière précise par la partie recourante (art. 106 al. 2 LTF; ATF 135 III 397 consid. 1.4 in fine).

1.4. Le Tribunal fédéral conduit son raisonnement juridique sur la base des faits établis par l'autorité précédente (art. 105 al. 1 LTF). Il ne peut s'en écarter que si les constatations factuelles de l'autorité

cantonale ont été établies de façon manifestement inexacte - ce qui correspond à la notion d'arbitraire (ATF 137 I 58 consid. 4.1.2 p. 62; 137 II 353 consid. 5.1 p. 356) - ou en violation du droit au sens de l'art. 95 LTF (art. 105 al. 2 LTF).

La partie recourante qui entend s'écarter des constatations de l'autorité précédente doit expliquer de manière circonstanciée en quoi les conditions d'une exception prévue par l'art. 105 al. 2 LTF seraient réalisées, faute de quoi il n'est pas possible de tenir compte d'un état de fait qui diverge de celui contenu dans la décision attaquée (ATF 137 II 353 consid. 5.1 p. 356; 136 I 184 consid. 1.2 p. 187). Une rectification de l'état de fait ne peut être demandée que si elle est susceptible d'influer sur le sort de la cause (art. 97 al. 1 LTF). Aucun fait nouveau ni preuve nouvelle ne peut être présenté à moins de résulter de la décision de l'autorité précédente (art. 99 al. 1 LTF).

1.5. Le Tribunal fédéral ne peut aller au-delà des conclusions des parties (art. 107 al. 1 LTF). Toute conclusion nouvelle est irrecevable (art. 99 al. 2 LTF).

2.

L'autorité cantonale a d'abord jugé que l'exclusion des assurances complémentaires signifiée le 13 août 2009 à la demanderesse n'était pas tardive au sens de l'art. 6 al. 2 LCA. Puis, elle a considéré que celle-ci pouvait certes ignorer de bonne foi en octobre 2008 le diagnostic de sclérose en plaques, mais non les autres troubles dont lui avaient parlé ses médecins, troubles qu'elle aurait dû signaler, au moins sommairement, dans le questionnaire de santé qu'elle a rempli le 11 octobre 2008. Il s'agissait ainsi d'indiquer les symptômes ressentis et la suspicion d'une maladie grave dont elle était consciente après discussion avec ses médecins, même si le diagnostic de sclérose en plaques n'avait pas encore pu être posé de manière certaine. Si la demanderesse avait déclaré son hospitalisation et ses examens neurologiques, il est pour le moins vraisemblable que la défenderesse aurait requis des renseignements médicaux supplémentaires avant de la mettre au bénéfice d'assurances complémentaires. La défenderesse ne pouvait déduire de simples maux de tête passagers depuis juillet 2008 que l'assurée présentait un grave problème de santé. La demanderesse aurait dû préciser, dans la partie du questionnaire de santé " Renseignements complémentaires pour les questions auxquelles vous avez répondu par l'affirmative ", que des investigations spécialisées étaient en cours concernant ses maux de tête, qu'elle devait se rendre chez le Dr D._____ deux jours seulement après la signature de la proposition et les noms de tous les médecins qu'elle consultait. Pour la cour cantonale, la demanderesse savait depuis août 2008 qu'elle souffrait d'une maladie inflammatoire, ce qu'elle aurait dû annoncer à la défenderesse. Les magistrats valaisans en ont inféré que la réticence de la demanderesse devait être confirmée et que sa demande en paiement devait être rejetée.

3.

La recourante se plaint d'un établissement manifestement inexact des faits (art. 97 al. 1 LTF) et d'une appréciation arbitraire des preuves (art. 9 Cst.).

En matière d'appréciation des preuves et d'établissement des faits, l'autorité verse dans l'arbitraire lorsqu'elle ne prend pas en compte, sans raison sérieuse, un élément de preuve propre à modifier la décision, lorsqu'elle se trompe manifestement sur son sens et sa portée, ou encore lorsqu'elle tire des conclusions insoutenables à partir des éléments recueillis (ATF 137 I 58 consid. 4.1.2 p. 62; 136 III 552 consid. 4.2 p. 560; 134 V 53 consid. 4.3; 129 I 8 consid. 2.1).

3.1. A suivre la recourante, elle aurait signé la proposition d'assurance le 13 octobre 2008 (et non le 11 octobre 2008 comme l'a retenu de manière indéfendable l'autorité cantonale) et cette proposition aurait été acceptée par l'assurance le 15 octobre 2008 (et non le 16 octobre 2008 ainsi que l'a constaté arbitrairement ladite autorité).

Parmi les documents constituant la pièce 5 du bordereau de la recourante figure la proposition d'assurance, qui porte la signature de celle-ci et indique la date où elle a été apposée, à savoir le 11 octobre 2008.

La pièce 51 du bordereau de l'intimée est un courrier envoyé par celle-ci à la recourante, daté du 16 octobre 2008, intitulé " Bienvenue chez Y._____ ", qui débute par la phrase " Nous nous réjouissons de l'entrée en vigueur de vos couvertures d'assurance-maladie ... ".

A considérer ces documents, on ne voit pas que la cour cantonale ait fait montre d'arbitraire en retenant que la proposition d'assurance a été signée le 11 octobre 2008 et acceptée le 16 octobre 2008.

3.2. La recourante reproche à la cour cantonale d'avoir retenu qu'elle aurait eu un rendez-vous médical avec le Dr D._____ le 13 octobre 2008, alors que ce contrôle n'a jamais eu lieu.

L'autorité cantonale a constaté itérativement, aux considérants 5.2 p. 10, 5.3 p. 11, 5.4 p. 11 et 12,

qu'un rendez-vous avec ce spécialiste était pris pour le 13 octobre 2008. Elle n'a jamais retenu que ce rendez-vous s'était tenu effectivement à la date en cause. La critique est sans consistance. Le moyen doit être rejeté.

4.

Se prévalant d'une transgression des art. 4 et 6 al. 1 LCA, la recourante fait valoir qu'aucune question écrite en relation avec un éventuel séjour hospitalier qui se serait déroulé avant la signature de la proposition d'assurance ne lui a été posée. La question n° 2 ne se rapportait qu'à un éventuel séjour hospitalier futur, de sorte que la recourante a satisfait à son obligation de déclarer, car elle n'avait pas le devoir d'indiquer spontanément le fait qu'elle avait été hospitalisée du 7 au 9 juillet 2008, mais devait se limiter à déclarer les faits faisant l'objet de questions écrites. Elle affirme qu'au moment où elle a signé la proposition d'assurance, elle ne prenait aucun médicament pour ses maux de tête. La recourante soutient que les médecins qui l'ont examinée entre le 7 juillet et le 20 août 2008 n'ont jamais évoqué avec elle un risque de présence de sclérose en plaques puisque leur diagnostic était incertain. Et de se référer aux déclarations des Drs D._____ et B._____. Certes le Dr D._____ a parlé à la recourante d'une maladie inflammatoire, mais cette dernière ne pouvait alors savoir que cette maladie, présentée comme un syndrome isolé cliniquement (Clinically Isolated Syndrome, CIS) sans notion d'expansion spatiale ni temporelle, pouvait être le premier événement clinique (poussée) indiquant une sclérose en plaques. De plus, en ayant mentionné le seul nom de son médecin traitant (i. e. le Dr A._____), elle a satisfait à son devoir de renseigner, car les examens opérés par les autres médecins n'avaient donné lieu à aucun diagnostic, si ce n'est des maux de tête. Ce serait ainsi à tort que la cour cantonale a admis que la recourante devait se douter qu'elle souffrait d'une maladie plus importante et qu'elle aurait dû en faire part à l'intimée.

4.1. Il sied de rappeler les conditions, posées par la loi et la jurisprudence, qui doivent être réalisées pour qu'un contrat d'assurance soumis à la LCA, tel celui passé par les plaideurs, puisse être résilié pour cause de réticence.

Selon l'art. 4 al. 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. Les faits qu'il faut déclarer sont non seulement ceux qui peuvent constituer une cause de risque, mais aussi ceux qui permettent de supposer l'existence d'une cause de risque; le preneur n'a en revanche pas à annoncer des faits au sujet desquels il n'est pas interrogé (ATF 134 III 511 consid. 3.3.2 p. 513). La question posée par l'assureur doit être formulée par écrit et elle doit être rédigée de manière précise et non équivoque (ATF 136 III 334 consid. 2.3 p. 336; 134 III 511 consid. 3.3.4 p. 515). Le proposant doit répondre de manière véridique aux questions telles qu'il peut les comprendre de bonne foi; on ne saurait dire qu'il y a réponse inexacte si la question était ambiguë, de telle sorte que la réponse donnée apparaît véridique selon la manière dont la question pouvait être comprise de bonne foi par le proposant (ATF 136 III 334 consid. 2.3 p. 336 s.).

Pour qu'il y ait réticence, il faut, d'un point de vue objectif, que la réponse donnée à la question ne soit pas conforme à la vérité, par omission ou inexactitude; la réticence peut consister à affirmer un fait faux, à taire un fait vrai ou à présenter une vision déformée de la vérité (ATF 136 III 334 consid. 2.3 p. 337). D'un point de vue subjectif, la réticence suppose que le proposant connaissait ou aurait dû connaître la vérité (cf. art. 4 al. 1 et 6 al. 1 LCA). Le proposant doit déclarer non seulement les faits qui lui sont connus sans autre réflexion, mais aussi ceux qui ne peuvent lui échapper s'il réfléchit sérieusement à la question posée (ATF 136 III 334 consid. 2.3 p. 337; 134 III 511 consid. 3.3.3 p. 514).

De son côté, l'assureur doit examiner avec diligence et esprit critique les réponses qu'il reçoit, faute de quoi il s'expose à ne pas pouvoir invoquer la réticence (cf. art. 8 ch. 3 et 4 LCA). La jurisprudence a cependant souligné qu'il ne fallait pas poser à ce sujet des exigences excessives, afin de ne pas renverser les rôles: il appartient en premier lieu au proposant de donner des réponses véridiques (arrêt 4A_370/2012 du 4 décembre 2012 consid. 2.1).

Pour entraîner les effets de la réticence, il faut encore que la réponse inexacte porte sur un fait important pour l'appréciation du risque (art. 4 al. 1 et 6 al. 1 LCA). Sont importants tous les faits de nature à influencer sur la détermination de l'assureur de conclure le contrat ou de le conclure aux conditions convenues (art. 4 al. 2 LCA). Pour faciliter le processus décisionnel, l'art. 4 al. 3 LCA présume que le fait est important s'il a fait l'objet d'une question écrite de l'assureur, précise et non équivoque. Il ne s'agit cependant que d'une présomption que l'ayant droit peut renverser (ATF 136 III 334 consid. 2.4 p. 337 s.; 134 III 511 consid. 3.3.4 p. 515).

Pour les réticences survenues, comme en l'espèce, dès le 1er janvier 2006, l'art. 6 LCA a été modifié et exige, pour que l'assureur puisse refuser sa prestation (ATF 138 III 416 consid. 6 p. 420 ss), que l'inexactitude qui a été l'objet de la réticence ait influé sur la survenance ou l'étendue du sinistre (art. 6

al. 3 LCA).

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 aussi refuser sa prestation pour un sinistre déjà survenu ou obtenir remboursement de la prestation qu'il a accordée pour un tel sinistre (art. 6 al. 3 LCA).

La jurisprudence exige que la déclaration - écrite (cf. art. 6 al. 1 LCA) - par laquelle l'assureur se départit du contrat décrive de manière circonstanciée le fait important non déclaré ou inexactement déclaré (ATF 129 III 713 consid. 2.1 p. 714). Une déclaration de résiliation qui ne mentionne pas la question précise à laquelle il a été répondu inexactement n'est pas suffisamment détaillée (ausführlich) (ATF 129 III 713 ibidem, qui se réfère à l'arrêt 5C.229/1993 du 18 mars 1994 consid. 5b, lequel renvoie à l'ATF 110 II 499). L'exigence tenant à ce que la déclaration de résiliation désigne concrètement la question de la proposition d'assurance qui a reçu une réponse erronée a été approuvée par la doctrine (STEPHAN FUHRER, Höhere formelle Hürden bei Vertragsauflösung wegen Anzeigepflichtverletzung, in HAVE/REAS 2004 p. 42 et la note 6; ROLAND SCHAER, CaseBook, Modernes Versicherungsrecht, Bern 2007, Case 32 p. 124/125).

4.2. Ces considérations amènent le Tribunal fédéral à adopter la solution suivante.

Selon l'état de fait déterminant (art. 105 al. 1 LTF), l'intimée a résilié le contrat d'assurance-maladie complémentaire litigieux par courrier du 13 août 2009. Dans cette écriture, après avoir rappelé à la recourante qu'elle avait répondu à quelques questions concernant sa santé, elle lui a reproché tout à la fois de n'avoir pas indiqué son hospitalisation, survenue du 7 au 9 juillet 2008 et d'avoir déclaré uniquement qu'elle souffrait de maux de tête passagers, omettant de la sorte un fait important qu'elle connaissait au moment de la proposition.

Dans aucun passage de ce courrier, l'intimée ne fait valoir que la recourante a répondu faussement à une question déterminée de la proposition d'assurance. Or celle-ci comportait huit questions distinguées explicitement par un numéro. Il appartenait à l'intimée de mentionner la ou les questions de la proposition où elle voyait une réticence dans la ou les réponses apportées par la recourante. A défaut de l'avoir fait, la déclaration de résiliation du 13 août 2009 ne répond pas aux exigences légales et jurisprudentielles.

Il convient de se montrer strict lorsqu'il y a lieu de procéder à l'examen de la validité d'une déclaration de résiliation de contrat d'assurance, au vu des conséquences sévères qu'entraîne pour l'assuré la réticence (cf. consid. 4.1 supra).

Si la loi impose au proposant de déclarer, suivant un questionnaire écrit, tous les faits qui sont importants pour l'appréciation du risque, il est conforme au droit d'attendre de l'assureur, qui invoque la réticence de l'assuré, qu'il précise à quelle interrogation le premier n'a pas répondu ou répondu de manière inexacte.

Le moyen pris de la violation des art. 4 et 6 LCA est fondé. Il convient donc d'annuler le jugement attaqué et de constater que le contrat d'assurance-maladie complémentaire conclu entre les parties n'a pas été valablement résilié par l'intimée et que ce contrat est maintenu.

Ce résultat dispense le Tribunal fédéral d'examiner le grief de la recourante afférent à la tardiveté de l'invocation de la réticence, ainsi que celui fondé sur une violation de son droit d'être entendue au sens de l'art. 29 al. 2 Cst.

4.3. La recourante a formulé des conclusions tendant au paiement en sa faveur d'un montant total de 12'707 fr. en capital. La cour cantonale, compte tenu du raisonnement qu'elle a suivi, n'a pas examiné lesdites prétentions. La cause devra en conséquence lui être retourné pour qu'elle en examine le mérite.

5.

En définitive, le recours doit être partiellement admis et le jugement attaqué annulé. La cause sera renvoyée à la cour cantonale pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

La recourante doit être considérée comme la partie qui obtient gain de cause. Les frais judiciaires seront mis à la charge de l'intimée, laquelle devra verser une indemnité à titre de dépens à la recourante (art. 66 al. 1 et 68 al. 1 et 2 LTF).

Par ces motifs, le Tribunal fédéral prononce:

1.

Le recours est partiellement admis et le jugement attaqué est annulé. Il est constaté que le contrat d'assurance-maladie complémentaire conclu entre les parties n'a pas été valablement résilié par l'intimée et que ce contrat est maintenu.

2.

La cause est retournée à la cour cantonale pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

3.

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

4.

L'intimée versera à la recourante une indemnité de 2'500 fr. à titre de dépens.

5.

Le présent arrêt est communiqué aux parties et au Tribunal cantonal valaisan, Cour des assurances sociales.

Lausanne, le 10 septembre 2013

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

La Présidente: Klett

Le Greffier: Ramelet