

No

**a) A partir du moment où l'assureur a des doutes quant à l'existence d'une réticence, il lui incombe d'agir avec diligence afin d'obtenir tous les éléments nécessaires à forger sa conviction. Il doit, en particulier, poser d'entrée de cause et de façon précise toutes les questions pertinentes au médecin ou à l'expert.**

**b) L'acte par lequel l'assureur allègue la réticence et signifie à l'assuré qu'il se départ du contrat ne saurait être constitutif de la résolution dudit contrat s'il ne décrit pas de façon circonstanciée le fait non déclaré ou inexactement déclaré.**

(Assurance sur la vie et assurance contre la maladie)

Tribunal fédéral, 18 mars 1994,  
Zurich Compagnie d'assurances sur la vie, Zurich c. Sch.

**Faits:** Aux mois de mars et avril 1987, Sch. a conclu avec la Vita, Compagnie d'assurance sur la vie SA, à Zurich (ci-après: la Vita), trois contrats prenant effet au 1er mars 1987, à savoir un contrat d'assurance-maladie collective, une assurance sur la vie, et une assurance-maladie individuelle.

Dès le 1er septembre 1988, Sch. s'est trouvé dans l'incapacité de travailler pour cause de maladie.

Par lettres du 3 mars et du 7 avril 1989, la Vita a refusé de lui verser les prestations prévues par les deux premiers contrats mentionnés plus haut, déclarant se départir de l'ensemble des contrats pour cause de réticence au sens de l'art. 6 LCA.

Statuant le 27 septembre 1993 sur l'action ouverte par Sch. contre la Vita, la IIe Cour civile du Tribunal cantonal du canton de Neuchâtel a considéré que les trois polices d'assurance n'avaient pas été valablement résolues, et a condamné la défenderesse à payer au demandeur la somme de 110'737,50 fr. avec intérêts à 5 % dès le 21 janvier 1991, ainsi que la somme de 16'418,30 fr. avec intérêts à 5 % dès le 1er juillet 1991.

Contre cette décision, la Zurich, Compagnie d'assurances sur la vie SA (anciennement la Vita) recourt en réforme au Tribunal fédéral. Concluant à la réforme du jugement précité, elle demande qu'il soit dit qu'elle s'est valablement départie des trois contrats d'assurance conclus avec Sch.

Sch. conclut principalement à l'irrecevabilité du recours, subsidiairement à son rejet sur le fond.

Le Tribunal cantonal renonce à formuler des observations et se réfère à son jugement.

**Motifs:** [...] a) Aux termes de l'art. 4 LCA, le proposant doit déclarer par écrit à l'assureur suivant un questionnaire ou en réponse à toutes autres questions écrites tous les faits qui sont importants pour l'appréciation du risque tels qu'ils lui sont ou doivent lui être connus lors de la conclusion du contrat. 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. Sont réputés importants les faits au sujet desquels l'assureur a posé par écrit des questions précises, non équivoques (cf. ATF 99 II 67 consid. 4e; 92

II 342 consid. 4; cf. toutefois les remarques critiques de Rognon, Quelques aspects de la réticence dans le contrat d'assurance, RSJ 83 (1987), p. 312).

Si, lors de la conclusion du contrat, le proposant a déclaré inexactement ou omis de déclarer un fait important pour l'appréciation du risque, au sujet duquel il avait été interrogé expressément et de façon non équivoque, l'assureur est en droit, selon l'art. 6 LCA, de se départir du contrat dans les quatre semaines à partir du moment où il a eu connaissance de la réticence (ATF 116 II 338 consid. 1a; 108 II 145 consid. 1). Il s'agit d'un délai de péremption (cf. ATF 118 II 333 consid. 3; 116 V 218 consid. 6a; 109 II 159). Le respect du délai doit être prouvé par l'assureur (ATF 118 II 333 consid. 3).

Le délai de quatre semaines de l'art. 6 LCA ne commence de courir que lorsque l'assureur est complètement orienté sur tous les points concernant la réticence et qu'il en a une connaissance effective complète, de simples doutes à cet égard étant insuffisants (cf. ATF 118 II 333 consid. 3a; 116 V 342; 109 II 159; 58 II 381 consid. b; 47 II 476 consid. 3a; cf. aussi la doctrine en accord avec la jurisprudence, Roelli/Keller, Kommentar zum Schweizerischen Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908, I, 2e éd., p. 139).

Dans l'arrêt entrepris, la Cour cantonale a laissé indécise la question de savoir si Sch. avait commis une réticence, tout en émettant des doutes. Considérant que la recourante avait, en tout état de cause, omis d'invoquer la réticence alléguée dans le délai de quatre semaines à partir du moment où elle en a eu connaissance (art. 6 LCA) et qu'en particulier l'avis donné par lettre du 3 mars 1992 était tardif, la Cour cantonale a admis l'action du demandeur dans une très large mesure.

En premier lieu, la recourante reproche à la Cour cantonale d'avoir, en violation de la jurisprudence relative à l'art. 6 LCA, considéré que l'assureur était, pour le moins dès le 14 novembre 1988, complètement orienté au sujet de la réticence; qu'il était en possession de tous les éléments lui permettant de signifier la résolution des contrats, soit le fait que le demandeur avait eu une affection déterminée qui s'était manifestée dès le 18 juin 1986".

Par ailleurs, la recourante soutient que le rapport du Dr J. du 3 février 1989 démontrait l'existence d'une nouvelle cause de réticence relative à l'état général de l'intimé, puisque ce dernier avait consulté son médecin traitant à six reprises en 1986.

En présence d'un agent de la recourante, Sch. a répondu négativement à la question 2f de l'annexe relative à l'état de santé de la proposition d'assurance du 25 février 1987:

"Avez-vous eu, au cours de ces dix dernières années, des troubles des os, des articulations et des muscles (p. ex. rhumatisme, arthrite, douleurs dorsales, lumbago, sciatique)?".

Selon les constatations de fait de l'autorité cantonale, le Dr J., médecin traitant de l'intimé a, dans un questionnaire sur formule préimprimée intitulé "certificat médical" daté du 10 octobre 1988 posé le diagnostic suivant: "lombalgies chroniques avec poussées aiguës, discopathie lombo-sacrée, arthrose dorsale". A la question 1b "quand et comment cette affection s'est-elle manifestée pour la première fois (évtl. récurrence)?", le médecin a répondu "depuis juin 1986, par des lombalgies avec syndrome lombaire chronique, peine à se pencher, à faire certains mouvements". Quant au début du traitement médical (question 3), la réponse fut "janvier 1988". A la question 1c "l'assuré a-t-il déjà été en traitement pour l'affection mentionnée sous ch. 1a?", le médecin indique ceci: "au départ le patient se faisait traiter par chiropracte [recte: chiropracteur ou chiropraticien] par la suite traitement de physiothérapie en particulier en janvier 1988". Interrogé à nouveau sur la maladie dont souffre l'assuré, le Dr J. a, le 14 novembre 1988, répondu à la recourante ce qui suit: "comme déjà mentionné: lombalgies chroniques avec poussées aiguës, discopathie lombosacrée,

arthrose dorsale basse". Il a répondu ce qui suit à la question 3a "le patient a-t-il eu connaissance de son affection le 25 février 1987?" "non, car à l'époque le patient ne ressentait que de vagues lombalgies. C'est en novembre 1987, lors d'une hospitalisation ( ... ) que des radiographies ( ... ) ont révélé une discopathie lombaire sacrée". Le 3 février 1989 le Dr J. a retourné à la recourante un nouveau questionnaire (2 questions), dans lequel il précise que les lombalgies chroniques de l'intimé ont été constatées le 18 juin 1986 (la question 1 portait sur la date exacte de la première consultation), mais que les douleurs se sont exacerbées à partir du printemps 1988; il indique, en réponse à la question 2, les dates des visites de son patient, en l'occurrence six fois en 1986, sans précisions.

Par lettre du 3 mars 1989, c'est-à-dire dans les quatre semaines dès la réception du rapport du 3 février 1989, la recourante a déclaré à l'intimé se départir des trois contrats, au motif que celui-ci avait répondu inexactement à la question "Avez-vous eu, au cours de ces 10 dernières années, des troubles des os, des articulations et des muscles (p. ex. rhumatisme, arthrite, douleurs dorsales, lumbago, sciatique?)".

C'est à bon droit que l'autorité cantonale a considéré que le diagnostic posé dans l'attestation du 14 novembre 1988 était clair, ainsi que le fait que les premières manifestations des troubles relatifs aux maux de l'assuré étaient antérieures à la conclusion du contrat. En revanche, on ne saurait, comme elle l'a fait, s'attacher aux seules réponses obtenues pour déterminer si le questionnaire du 3 février 1989 apportait à l'assureur un élément nouveau sur le plan médical. En l'espèce, le questionnaire complémentaire du 3 février 1989 n'était pas de nature à apporter de plus amples renseignements à la Vita: le médecin avait déjà précisé dans l'attestation du 14 novembre que la première consultation concernant les problèmes dorsaux de l'assuré avait eu lieu le 18 juin 1986. La question 1 du 3 février 1989 avait donc déjà été posée dans le questionnaire précédent et n'était pas propre à apporter un renseignement nouveau. Quant à la fréquence des consultations, la recourante aurait pu et dû se renseigner auprès du médecin plus tôt si elle considérait ce renseignement comme important, voire décisif. A partir du moment où l'assureur a des doutes quant à l'existence d'une réticence, il lui incombe d'agir avec diligence afin d'obtenir tous les éléments nécessaires à forger sa conviction. Il doit, en particulier, poser d'entrée de cause et de façon précise toutes les questions pertinentes au médecin ou à l'expert.

A supposer que le comportement de l'intimé ait été constitutif d'une réticence, la recourante ne s'est pas départie en temps utile des trois contrats par la lettre du 3 mars 1989. Le premier grief de la recourante doit dès lors être rejeté.

b) Par lettre du 7 avril 1989 adressée à l'intimé, la recourante a confirmé son désistement des contrats en affirmant que sur la base d'autres pièces médicales, il était patent que Sch., "qui n'avait pas répondu exactement à nos questionnaires", souffrait d'autres maux non mentionnés dans ces derniers. Cette lettre ne pouvait confirmer un désistement que l'autorité cantonale a jugé tardif, comme on l'a vu, avec raison.

En revanche, elle pouvait éventuellement constituer un nouveau désistement à raison de nouvelles réticences. Lorsque l'assureur a connaissance successivement à des dates différentes de diverses réticences concernant des faits importants et distincts, un délai autonome court pour chacune des réticences, à partir du moment où l'assureur en a connaissance (ATF 109 II 159), et ce même si le délai pour invoquer une certaine réticence n'a pas été respecté (cf. ATF 116 II 338 consid. 2a). Or la lettre du 7 avril 1989 établit toute une liste de maux que l'intimé n'aurait pas signalés. Sur ce point, il faut suivre l'autorité cantonale lorsqu'elle affirme que la plupart d'entre eux avaient déjà été signalés dans les rapports précédents, parfois par des termes médicaux voisins. Il s'agit de:

dorsalgies depuis plusieurs années,  
lacunes du parenchyme hépatique depuis 1986,  
infection urinaire traitée en 1986.

D'autres maux comme l'asthénie avec fatigue généralisée, et les douleurs aux pieds, ne sont pas constitutifs d'une maladie, ou sont de minime importance.

Enfin, ne constitue pas une maladie le fait d'avoir subi un examen médical, en particulier une échographie.

Par ailleurs, la recourante ne saurait faire valoir une nouvelle cause de réticence en raison de l'état général de l'intimé. Elle en fait état pour la première fois dans la procédure devant le Tribunal fédéral. Ce grief est dès lors irrecevable.

Enfin, la lettre du 7 avril 1989 ne mentionne pas à quelles questions l'assuré aurait répondu inexactement. S'il est vrai qu'au bas de la lettre figure la mention "photocopie du questionnaire" et qu'il est possible que ce dernier ait donné des précisions à l'assuré en ce sens, ladite copie du questionnaire ne figure pas dans les pièces. En outre, la lettre du 7 avril 1989 se réfère à quatre rapports médicaux, mais ces derniers n'y sont pas joints; l'assuré est renvoyé à son médecin traitant pour leur consultation. La jurisprudence exige toutefois que le fait non déclaré ou inexactement déclaré soit décrit de façon circonstanciée dans l'acte par lequel l'assureur allègue la réticence et signifie à l'assuré qu'il se départ du contrat (cf. ATF 110 II 499). En l'espèce, la lettre de la recourante ne satisfait pas à ces exigences. Elle ne saurait dès lors être considérée comme constitutive de la résolution des trois contrats.

Dans la procédure devant le Tribunal fédéral, la recourante mentionne qu'il n'est apparu qu'en cours de procédure que l'intimé a inexactement indiqué qu'il était apte au service militaire.

Même en l'absence d'un lien de causalité entre cette fausse déclaration et le cas assuré (cf. ATF 92 II 342 consid. 4; apparemment, l'intimé a été déclaré inapte en 1969 en raison de problèmes cardiaques), la recourante aurait pu, dans le délai utile, résoudre les contrats pour cause de réticence. Contrairement à ce qu'elle affirme, la péremption est acquise sur ce point: le livret de service de l'intimé a été produit dans la procédure cantonale (à la demande de la recourante); au plus tard le 22 mai 1992, la recourante a su que l'intimé avait fait une fausse déclaration à ce sujet, puisqu'elle adressait au Dr J. un questionnaire, la question 6 étant: "pour quelles raisons Sch. a-t-il été déclaré inapte au service?"

Faute d'avis donné en temps utile à l'intimé sur ce point, la recourante, qui supporte le fardeau de la preuve du respect du délai (cf. ATF 118 II 333 consid. 3), n'a pas valablement résolu les contrats passés avec l'intimé.

Son recours doit dès lors être rejeté dans la mesure où il est recevable. [...]