

Cour de Justice du canton de Genève, 24 avril 1998,
B. c. Union UAP, Compagnie d'Assurances sur la Vie

Faits: Le 15 juillet 1986, R. B., originaire de l'ex-Yougoslavie, né le 29 juillet 1955, maîtrisant mal la langue française, a souscrit auprès de l'Union UAP, compagnie d'assurance sur la vie (ci-après: UAP) une proposition d'assurance, avec couverture provisoire à partir de la même date. Cette proposition, qui a été remplie avec l'assistance de M. G., agent de l'UAP, prévoyait comme prestations:

- Le versement d'un capital de 80'000 fr., soit à l'échéance du contrat d'une durée de 34 ans, soit en cas de décès, consécutif à une maladie ou à un accident antérieurement à cette échéance.
- Une rente annuelle de 24'000 fr. en cas d'incapacité de gain également ensuite de maladie ou d'accident avec libération du paiement des primes.
- Le montant maximal des prestations était de 816'000 fr., la prime annuelle de 3'130 fr. 30.

La proposition comprenait une liste de questions parmi lesquelles il fut répondu de la façon suivante par R. B.:

- Question n° 4 «Êtes-vous actuellement en parfaite santé et apte au travail: non»
- Question n° 5 «Étiez-vous durant les trois dernières années toujours apte au travail: oui»
- Question n° 6.5 : "Avez-vous déjà souffert ou souffrez-vous actuellement d'affections du cerveau ou du système nerveux: vertiges, évanouissements, épilepsie, convulsions, paralysie, dépression, maladie mentale, etc.?: non"
- Question n° 6.12: "Avez-vous subi durant les trois dernières années des traitements ou contrôles particuliers, par exemple, radiographie, tension artérielle, électrocardiogramme, sang, urine? oui"

En relation et suivant les réponses données aux questions 4, 5 et 8 (non) et 6.1 à 6.12 et 7 (oui), R. B. a répondu sous chiffre 9:

"Insolation - Permanence de Vermont, Dr J. – D. deux mois en arrêt de travail.
1983 : Petit accident à la cheville - Permanence Collonge-Bellerive.
1983 : Examen suite à l'accident de la cheville.

1986 : Examen pour insolation Permanence de Vermont."

Par la suite, l'UAP a exigé que R. B. se soumette à un examen médical avant de conclure le contrat afin de se rassurer sur son état de santé. C'est ainsi que R. B. s'est rendu chez le Dr B. T., dont il n'avait jamais été le patient, qui a établi le "rapport du médecin examinateur" du 12 septembre 1986, après avoir pris connaissance du questionnaire rempli par le proposant.

De ce rapport médical, il ressort en particulier que R. B. a été soigné par son médecin traitant, le Dr J., pour "fatigue générale" au printemps 1986 (question no 15 a), qu'il n'y a pas

lieu de supposer la présence de troubles psychiques ou neurologiques (question no 26c), que le pronostic vital est: "très bon", la capacité de travail : "très bonne" (question no 29 a, b c) et que R. B. ne présente actuellement aucun signe de morbidité. Selon le témoin G. de l'UAP, si le rapport médical est favorable, la proposition d'assurance est acceptée. S'il y a eu des maladies, il est presque toujours demandé des renseignements au médecin de famille; en cas d'arrêt de travail, la compagnie effectue des recherches pour en connaître les motifs.

L'UAP a alors conclu le contrat d'assurance en date du 7 novembre 1986 et émis la police no ... en date du 7 novembre 1996, sans avoir au préalable pris contact avec le médecin traitant de R. B., le Dr J.

R. B. a été suivi par le Dr J. pendant la période allant du 7 mai 1986 au 16 avril 1987 pour maladie, et du 27 avril 1987 au 12 juillet 1987, pour accident. Durant la première période, R. B. a présenté des plaintes polymorphes, difficiles à systématiser ainsi que des signes neurologiques (paresthésie, myalgies, sudation) et des symptômes d'ordre psychique (hallucinations).

Au mois de juin 1986, il a été examiné par le Dr D., psychiatre, qui a exclu une maladie psychique.

Le Dr J. a adressé, en décembre 1986, R. B. chez le Dr J., neurologue, qui a effectué en date des 5 et 9 décembre des examens et a établi par la suite un premier rapport du 12 décembre 1986. Dans ses conclusions, ce médecin confirme l'existence de plaintes difficiles à systématiser, mais observe néanmoins la présence d'éléments déficitaires moteur et sensitifs affectant l'hémicorps droit. Un second examen neurologique a eu lieu en date du 10 février 1988 qui confirme le diagnostic posé au mois de décembre 1986, avec toutefois une diminution plus conséquente de la sensibilité à l'hémicorps droit, ce qui a conforté le Dr J. dans la présomption d'une maladie neurologique. R. B. ne lui a jamais parlé d'insolation.

R. B. a été victime d'un premier accident de la circulation en date du 26 avril 1987. Il a été soigné par le Dr J. pour contusions du crâne, commotion cérébrale ("coup du lapin"), contusions sternales. Cet accident a provoqué une incapacité de travail de 100% du 27 avril 1987 au 26 mai 1987. Il n'en est résulté aucune séquelle.

Le 4 décembre 1987, R. B. fut à nouveau victime d'un accident de la circulation qui a entraîné une nouvelle incapacité de travail de 100%. L'assurance invalidité lui a d'ailleurs reconnu un degré d'invalidité de 100% dès le 1er décembre 1988.

Conformément aux clauses de la police d'assurance conclue en date du 7 novembre 1986, l'UAP a versé à R. B. une rente de 163'800 en raison de l'incapacité de gain de 100% pour la période du 4 mars 1988 au 31 décembre 1994 et a libéré le preneur d'assurance du paiement des primes du 4 mars 1988 au 1er juillet 1994 (primes semestrielles), soit l'équivalent de 21'792 fr. 20.

Le 22 février 1995, l'UAP a informé R. B. que selon des renseignements médicaux complémentaires, la proposition d'assurance et le rapport médical originel sur lesquels s'était fondé son jugement au moment de son acceptation contenaient, sur le plan médical, des réponses qui lui permettaient d'invoquer l'article 6 LCA relatif à la réticence.

Selon le médecin conseil de l'UAP, s'il avait eu connaissance des affections antérieures à la signature de la proposition, il aurait sans aucun doute appliqué une réserve lors de la conclusion du contrat. Etaient visées les affections d'ordre neurologique et psychique manifestes, selon l'UAP, qui avaient été traitées depuis le 7 mai 1986 par différents médecins et qui n'ont été nulle part mentionnées. Elle procédait donc à l'annulation du contrat et réclamait le remboursement des prestations versées au 31 décembre 1994, soit 185'592 fr. 20 (21'792 fr. 20 de primes, plus 163'800 fr. correspondant aux indemnités pour incapacité de gain).

De fait, dans le courant de l'année 1994, le Dr W., médecin conseil de l'UAP, avait été chargé d'évaluer la relation possible entre la maladie dont R. B. aurait souffert antérieurement à la proposition d'assurance et l'état pathologique qu'il a présenté par la suite. Il a pris connaissance en date du 13 janvier 1995 du rapport du Dr J. du 20 août 1993, adressé au Dr Ch., rapport selon lequel, du 7 mai 1986 au 16 avril 1987, R. B. avait été soigné pour maladie

et où il est précisé que le patient a présenté des plaintes polymorphes difficiles à systématiser. Le 15 février 1995, le Dr Ju. lui a fait parvenir les rapports qu'il avait établis les 12 décembre 1986 et 18 février 1987. Le Dr W. a alors considéré que le preneur d'assurance, à l'époque de la conclusion du contrat, souffrait d'affections neurologiques et psychiques importantes qui étaient différentes de la simple insolation mentionnée dans le questionnaire.

Par l'intermédiaire de son conseil, R. B. a contesté la prétention de l'UAP, estimant avoir répondu fidèlement aux différentes questions posées. Dès lors, l'objection tirée de l'article 6 LCA pour motifs de réticence n'était pas fondée. Au surplus, le rapport du Dr J. du 20 août 1993 étant parvenu à la connaissance de l'UAP le 11 janvier 1995, le délai de quatre semaines dans lequel elle devait se départir du contrat n'était pas respecté puisque la déclaration n'avait eu lieu que le 22 février 1995. R. B. persistait donc à réclamer le versement de la rente mensuelle pour incapacité de travail de 1'200 fr. depuis le 1er janvier 1988.

A la suite de l'accident du 4 décembre 1987, dans le cadre de l'assurance LAA, R. B. a été soumis à différentes expertises qui ont toutes conclu à une incapacité totale de travail ainsi qu'à une invalidité d'un même degré.

Le Dr K., dans un rapport du 9 avril 1990, admet que R. B. jouissait d'une excellente santé jusqu'à l'accident en question et que sa capacité de travail était nulle depuis lors.

Le Dr R. de la Polyclinique universitaire psychiatrique de Berne, dans un rapport du 20 décembre 1990, exclut toute maladie mentale. A la question de savoir quel était l'état, en particulier l'état psychique, de R. B. avant l'accident, l'expert répond qu'il n'y a aucun indice de quelque trouble important que ce soit sur le plan psychologique dans l'anamnèse du patient. Il considère que celui-ci est atteint d'une incapacité totale de travail et est totalement invalide, tout en ne prenant pas de position définitive quant à la relation de causalité avec l'accident, jugeant que cette estimation appartient au juriste.

L'Elvia, assureur LAA, a requis une expertise du Dr S., psychiatre. Dans ses conclusions, cet expert confirme le rapport du Dr R. comme fondamentalement convaincant et il est "essentiellement d'accord avec ses appréciations".

Se prononçant sur la relation entre les troubles polymorphes que présentait R. B. entre le printemps 1986 et le printemps 1987 et les troubles que l'assuré présentait en 1995, il indique que "en dehors d'un syndrome algique remanant possible après des traumatismes cervico-indirects tels que ceux dont a soufferts, en avril 1987 et décembre 1987 R. B., l'essence du tableau tel qu'il se présente est de type psychogène conversion (transformation d'un conflit psychique en symptômes somatiques). Rétrospectivement, il faudrait le mettre en rapport avec les troubles polymorphes que R. B. présenta entre le printemps 1986 et le printemps 1987, pour lesquels il fut soumis à différents examens médicaux cliniques et paracliniques et pour lesquels il ne fut jamais formulé un diagnostic médical formel".

Par demande déposée au Greffe du Tribunal de première instance le 27 octobre 1995, R. B. a assigné l'UAP concluant à ce qu'elle soit condamnée à lui payer la rente annuelle de 24'000 fr. pour incapacité de gain depuis le 1er janvier 1988, qu'il soit dit que la défenderesse est tenue de verser les prestations découlant du contrat d'assurance, police n° ..., conclu le 7 novembre 1986 et qu'il soit dit que R. B. est libéré du paiement des primes avec effet dès le 1er janvier 1988.

L'UAP s'est opposée à cette demande au motif que R. B. avait commis une réticence au sens de l'article 6 LCA. Elle a formé une demande reconventionnelle à concurrence de 185'592 fr. 20 avec intérêts à 5% dès le 1er mai 1991, correspondant au remboursement des prestations qu'elle avait déjà effectuées.

Après avoir ordonné la comparution personnelle des parties, qui a tourné court, R. B. n'étant pas en état de répondre, et des enquêtes, le Tribunal de première instance a rendu un jugement en date du 5 juin 1997 dont le dispositif est le suivant:

"Sur demande principale

Dit que l'UNION UAP, Compagnie d'Assurances sur la Vie, est tenue de servir à M. R. B. les prestations découlant du contrat d'assurance, police n° ..., conclu le 7 novembre 1986.

Condamne l'UNION UAP, Compagnie d'Assurance sur la Vie, à payer à M. R. B., en application du contrat d'assurance conclu le 7 novembre 1986, faisant l'objet de la police ..., une rente annuelle pour incapacité de gain de 24'000 fr. depuis le 1er janvier 1988.

Dit que M. R. B. est libéré du paiement des primes avec effet au 1er janvier 1988.

Sur demande reconventionnelle

1. Déboute l'UNION UAP, Compagnie d'Assurance sur la Vie, de toutes ses conclusions.
2. Condamne la défenderesse en tous les dépens de l'instance, lesquels comprendront une équitable participation aux honoraires d'avocat du demandeur de 15'000 fr.
3. Déboute les parties de toutes autres ou contraires conclusions."

Ce jugement a été communiqué aux parties par plis recommandés le 12 juin 1997.

Le premier juge a estimé que les conditions de l'article 6 LCA n'étaient pas réalisées. Prenant en considération le niveau de formation de R. B., sa maîtrise défaillante de la langue française, et notamment la réponse qu'il avait donnée à l'une des questions posées, à savoir qu'il était "en arrêt de travail depuis deux mois, pour fatigue générale et insolation", il n'avait pas commis de réticence. Ladite réponse aurait dû par ailleurs éveiller la curiosité de l'assureur puisque l'état de santé de R. B., à la date de la signature de la proposition d'assurance, ne lui permettait pas de travailler. Lorsqu'il a été examiné par le Dr T., il n'avait pas encore été vu par le Dr Ju., neurologue, dont les examens étaient postérieurs. Il n'avait pas été démontré que lors de la conclusion du contrat le 7 novembre 1986, l'assuré avait été informé de leur résultat. Dans ce contexte, l'UAP avait l'obligation de consulter le médecin traitant pour connaître les raisons de l'incapacité de travail, démarche qui est usuelle.

Par acte déposé au greffe de la Cour de justice le 8 juillet 1995, l'UAP a interjeté appel de ce jugement.

En bref, elle reproche au premier juge de n'avoir pas suffisamment tenu compte du rapport du Dr T. qui était favorable à l'intimé puisqu'il ne mentionnait aucun arrêt de travail à la date de l'examen, que le pronostic vital était très bon, la capacité de travail également et qu'il n'y avait aucune raison de supposer la présence de troubles psychiques ou neurologiques, ni morbidité, troubles qui étaient pourtant présents déjà au printemps et en automne 1986.

L'UAP conclut donc à l'annulation du premier jugement et sur demande reconventionnelle, à la condamnation de R. B. à lui payer la somme de 185'592 fr. 20 avec intérêts légaux de 5% dès le 1er mai 1995, le tout avec suite de dépens.

Pour sa part, R. B. conclut à la confirmation du premier jugement avec également suite de dépens. Il reprend les arguments qu'il a développés devant le premier juge, notamment que l'UAP est déchue de son droit de se départir du contrat, le délai de 4 semaines prévu par l'article 6 LCA n'ayant pas été respecté.

Les arguments des parties seront repris en tant que de besoin.

Motifs: Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, l'appel est recevable (articles 291, 296 et 300 LPC).

Selon l'article 6 LCA, si celui qui devait faire la déclaration a, lors de la conclusion du contrat d'assurance, omis de déclarer ou inexactement déclaré un fait important qu'il connaissait

ou devait connaître (réticence), l'assureur n'est pas lié par le contrat, à condition qu'il s'en soit départi dans les quatre semaines à partir du moment où il a eu connaissance de la réticence.

L'article 4 al. 2 LCA déclare "importants" tous les faits de nature à influencer sur la décision de l'assureur de conclure le contrat ou de le conclure aux conditions convenues. Selon l'alinéa 3, sont réputés importants les faits au sujet desquels l'assureur a posé par écrit des questions précises, non équivoques. Le fait que l'assureur pose une question écrite suffit pour créer la présomption que le fait visé est important (SJ 1986 p. 500; JdT 1972 I p. 38; Bernard Viret, Droit des assurances privées, 3e éd., p. 98).

Tel est le cas en l'espèce puisque l'UAP a posé une question précise au sujet de l'existence d'affections au niveau du cerveau ou du système nerveux (question 6.5: vertiges, évanouissements, épilepsie, convulsions, paralysie, dépression, maladies mentales, etc.) et que le présent appel porte essentiellement sur la réponse négative qui y a été donnée.

L'article 6 se réfère aux déclarations faites lors de la conclusion du contrat. La période pendant laquelle une réticence peut être commise s'étend jusqu'au moment de la conclusion, autrement dit jusqu'à l'acceptation de la proposition par l'assureur. Toute modification des faits constitutifs du risque, survenant entre le moment de la déclaration des risques et l'acceptation de la proposition, doit être annoncée à l'assureur, faute de quoi l'omission doit être qualifiée de réticence (Bernard Viret, op. cit. p. 100).

Dans le cas d'espèce, la proposition d'assurance date du 15 juillet 1986 et la police d'assurance du 7 novembre 1986. Cette dernière date doit donc être considérée comme celle de la conclusion du contrat. Il convient d'examiner alors si pendant cette période, R. B. a commis une réticence, notamment lorsqu'il a répondu aux questions mentionnées dans la proposition du 15 juillet 1986 et celles contenues dans le rapport du médecin examinateur du 12 septembre 1986.

L'appelante soutient que tel a bien été le cas, car depuis avril 1986, R. B. souffrait de multiples affections de santé (spasmes, sudation, hallucinations) et ce notamment lorsqu'il a répondu par la négative à la question no 6.5 rappelée ci-dessus. L'UAP en veut pour preuve les lettres du Dr Ju. des 12 décembre 1986 et 19 février 1987, adressées au Dr J., médecin traitant de R. B., ainsi que le rapport du Dr S. du 19 janvier 1995. Dans ce dernier document, il est fait état d'une "première crise" sous forme de vertiges, perte d'équilibre, tremblements de tout le corps, troubles de sensibilité de l'hémicorps droit et ce deux mois après avoir reçu un coup dans l'hypocondre droit en avril 1986.

La Cour constate tout d'abord que les deux rapports du J. sont postérieurs à la conclusion du contrat d'assurance, soit le 7 novembre 1986, de même que les examens qui les ont précédés des 5 et 9 décembre 1986. Le rapport du Dr S. à propos du coup reçu dans l'hypocondre droit en février 1986 n'est pas aussi affirmatif que veut bien le laisser entendre l'appelante. Son auteur, quant à l'existence de ce coup, emploie le conditionnel puisqu'il retranscrit les termes du rapport du Dr D. qui n'a vu R. B. qu'une seule fois le 26 novembre 1986. Il relève par ailleurs des anomalies dans le diagnostic posé par ce médecin, de sorte qu'il n'y a pas lieu de prendre en considération les appréciations de ce dernier.

Les conclusions auxquelles a abouti le neurologue ne donnent aucune indication formelle quant à l'existence d'une pathologie, si ce n'est un discret hémisyndrome sensitivo-moteur droit dont l'étiologie est peu claire, ce qui a fait dire au Dr S., médecin de l'assureur LAA Elvia, à propos des troubles polymorphes que présentait R. B. entre le printemps 1986 et le printemps 1987 et sur lesquels le Dr Ju. s'était prononcé, qu'il ne fut jamais formulé un diagnostic médical formel. Lors de son audition devant le Tribunal, le Dr Ju. à qui fut soumise sa lettre du 12 décembre 1986, a indiqué que l'ensemble des symptômes relevés aurait pu constituer le point de départ d'une maladie neurologique rejoignant ainsi l'avis du Dr S. relatif à un diagnostic. Quant à des troubles psychiques, ce médecin confirme les constatations du Dr R., selon lesquelles il n'y avait, avant l'accident de 1987, aucun indice de quelque trouble important que ce soit de cette nature, les troubles psychogènes de conversion étant postérieurs. Il exclut par ailleurs toute maladie mentale.

Dès lors, au vu des avis médicaux circonstanciés quant à l'état de santé de l'assuré dans la période allant du 15 juillet 1986 au 7 novembre 1986, la Cour admet que celui-ci ne pouvait savoir, durant cette période déterminante, qu'il souffrait d'une affection du cerveau ou du système nerveux. A part l'accident qui avait provoqué des lésions à l'une de ses chevilles, il n'avait souffert d'aucune maladie dans les années antérieures. Victime d'une insolation susceptible, aux dires du Dr T., d'entraîner des complications cérébrales tels que maux de tête, vertiges, vomissements, R. B. pouvait légitimement penser qu'il s'agissait de dérangements passagers qui n'avaient pas à être autrement décrits lorsqu'il a répondu aux questions de l'assureur (RBA XVI no 10).

En effet, selon la jurisprudence, l'élément décisif consiste à déterminer si et dans quelle mesure le proposant pouvait donner de bonne foi une réponse négative à une question de l'assureur, selon la connaissance qu'il avait de la situation et, le cas échéant, selon les renseignements que lui avaient fournis des personnes qualifiées. Il remplit l'obligation qui lui est imposée s'il déclare, outre les faits qui lui sont connus sans autre réflexion, ceux qui ne peuvent pas lui échapper s'il réfléchit sérieusement aux questions de l'assureur. Il est fondé à attribuer aux termes techniques employés dans ces questions, dont il ne connaît pas le sens et qui ne lui sont pas expliquées, le sens qu'on leur prête en général dans les milieux où il vit, en particulier le sens que le langage usuel attache à ces termes (SJ 1991 p. 20 in fine; JdT 1996 1 127; Viret, op. cit., p. 98 et 99).

Ainsi, on ne saurait reprocher à R. B. d'avoir mentionné sous chiffre 9 de la proposition relatif aux troubles, maladies, malaises ou examens, "Permanence de Vermont, Dr J., depuis deux mois en arrêt de travail", et ce en lieu et place de termes techniques dont R. B. ignorait tout.

Il faut rappeler qu'il ressort des enquêtes que l'intimé manie et comprend avec difficulté la langue française et que ladite proposition a été manifestement remplie par le représentant de l'assurance. Dans un tel cas, une attention particulière doit être vouée aux déclarations du proposant (Viret, op. cit., p. 99).

Dès lors que les docteurs S. et R. ont reconnu que le Dr Ju. n'avait pu poser aucun diagnostic formel, que l'intimé ne souffrait d'aucun trouble psychique ni maladie mentale avant février 1987, il ne saurait être fait grief à R. B. de n'avoir pas eu conscience et par conséquent de ne pas décrire des symptômes que des spécialistes eux-mêmes n'ont pu systématiser.

Le reproche de l'UAP est d'autant moins fondé que, lors de l'examen par le Dr T. du 12 septembre 1986, R. B. a mentionné qu'il avait consulté le Dr J. au printemps 1986 pour "fatigue générale". L'assuré déclarant avoir été victime d'insolation, avoir été soigné pour "fatigue générale" et avoir été en arrêt de travail pendant deux mois, il appartenait, soit au Dr T., soit à l'assurance de procéder à des investigations complémentaires en prenant contact avec le médecin traitant dont le nom et l'adresse étaient indiqués dans le questionnaire, démarche qui est usuelle aux dires du représentant de l'UAP, M. G. (ATF 108 II 550, SJ 1983 p. 560, RBA XV no 14, RBA XIX no 21). Il importe peu que le médecin examinateur ait été choisi par l'intimé comme le soutient l'appelante. Lorsque l'assurance confie le soin de remplir le questionnaire portant sur les déclarations obligatoires lors de la conclusion du contrat au médecin, ce dernier occupe une position identique à celle d'un agent chargé par l'assurance d'une telle mission. Elle doit répondre dès lors des éventuelles fautes commises par le médecin en question dans l'accomplissement de cette tâche.

Ainsi, tant du point de vue subjectif que du point de vue objectif, la Cour retient que les conditions d'une réticence ne sont pas remplies dans le cas de R. B.

L'intimé a soutenu tant devant le premier juge que devant la Cour que le délai de quatre semaines pour se départir du contrat par l'assureur n'avait pas été respecté. La réponse à cette question peut rester indécise dès lors que la Cour a exclu toute réticence. Elle se bornera à rappeler qu'agit dans le délai utile, l'assureur qui, lorsqu'il soupçonne une réticence, cherche à obtenir des indications précises et se défait du contrat dès qu'il les a reçues. Le

délai de quatre semaines ne commence à courir que lorsque l'assureur est complètement informé sur tous les points touchant la réticence (ATF 118 II 333).

L'UAP sera dès lors déboutée de toutes ses conclusions d'appel avec suite de dépens.

Par ces Motifs

La Cour

A la forme

Déclare recevable l'appel interjeté par l'Union UAP, Compagnie d'assurance sur la vie, contre le jugement no JTPI/8326/97 rendu par le Tribunal de première instance le 5 juin 1997 dans la cause C/24546/1995-11.

Au fond

Confirme ledit jugement.

Condamne l'Union UAP, Compagnie d'assurance sur la vie, en tous les dépens d'appel, lesquels comprendront une indemnité de procédure de 10'000 fr. valant participation aux honoraires du conseil de R. B.

Déboute les parties de toutes autres conclusions.

2. Condamne la défenderesse en tous les dépens de l'instance, lesquels comprendront une équitable participation aux honoraires d'avocat du demandeur de 15'000 fr.

3. Déboute les parties de toutes autres ou contraires conclusions.

Ce jugement a été communiqué aux parties par plis recommandés le 12 juin 1997.

Le premier juge a estimé que les conditions de l'article 6 LCA n'étaient pas réalisées. Prenant en considération le niveau de formation de R. B., sa maîtrise défaillante de la langue française, et notamment la réponse qu'il avait donnée à l'une des questions posées, à savoir qu'il était "en arrêt de travail depuis deux mois, pour fatigue générale et insolation", il n'avait pas commis de réticence. Ladite réponse aurait dû par ailleurs éveiller la curiosité de l'assureur puisque l'état de santé de R. B., à la date de la signature de la proposition d'assurance, ne lui permettait pas de travailler. Lorsqu'il a été examiné par le Dr T., il n'avait pas encore été vu par le Dr Ju., neurologue, dont les examens étaient postérieurs. Il n'avait pas été démontré que lors de la conclusion du contrat le 7 novembre 1986, l'assuré avait été informé de leur résultat. Dans ce contexte, l'UAP avait l'obligation de consulter le médecin traitant pour connaître les raisons de l'incapacité de travail, démarche qui est usuelle.

Par acte déposé au greffe de la Cour de justice le 8 juillet 1995, l'UAP a interjeté appel de ce jugement.

En bref, elle reproche au premier juge de n'avoir pas suffisamment tenu compte du rapport du Dr T. qui était favorable à l'intimé puisqu'il ne mentionnait aucun arrêt de travail à la date de l'examen, que le pronostic vital était très bon, la capacité de travail également et qu'il n'y avait aucune raison de supposer la présence de troubles psychiques ou neurologiques, ni morbidité, troubles qui étaient pourtant présents déjà au printemps et en automne 1986.