

Tribunal cantonal Cour civile de la République et Canton du Jura, 11 février 2000,
Ch. c. la Bâloise Assurances, Bâle

Faits: L. Ch. (ci-après: la demanderesse) a souscrit, le 11 mai 1995, une proposition d'assurance sur la vie auprès de la compagnie Bâloise Assurances (ci-après: la défenderesse). Elle a également répondu aux questions qui lui étaient posées dans le formulaire petite déclaration de santé+, étant précisé que ledit formulaire, de même que la proposition d'assurance, ont été remplis par M. Della C., agent de la défenderesse. A la question 1a) êtes-vous en parfaite santé?, la demanderesse a répondu oui et à la question 2) avez-vous été traité, examiné, contrôlé ou conseillé par un médecin pendant les trois dernières années?, la demanderesse a répondu oui, à la question si *oui+, veuillez donner des renseignements détaillés (genre de maladie, d'affection ou de traitement resp. raison et résultat de l'examen médical, du contrôle ou de la consultation), la demanderesse a répondu comme suit: contrôle 9.5.95 guéri (oui) Dr EI-H. in D.

Se basant sur les réponses fournies par la demanderesse, la défenderesse a fait parvenir à celle-ci, en date du 29 mai 1995, une police d'assurance-vie pour les prestations suivantes: assurance temporaire en cas de décès avant le 15.05.2008 Fr 100'000.-; assurances complémentaires risque en cas de décès par accident avant le 15.05.2008 Fr 100'000.- et en cas d'incapacité de gain, rente annuelle jusqu'au 15.05.2008 Fr 100'000.- avec délai d'attente de 24 mois et libération des primes moyennant délai d'attente de 3 mois.

Par lettre du 5 mai 1997, le mari de la demanderesse a informé la défenderesse que son épouse était en incapacité de travail à 100 % depuis le 5 février 1997, de manière ininterrompue (respectivement depuis le 17.04.97 en clinique). Il joignait à son courrier une attestation médicale du Dr EI-H. du 02.05.1997 et un certificat médical de la clinique de la même date et invitait la défenderesse à procéder aux aménagements nécessaires pour la suppression du paiement des primes.

Selon certificat médical du 23 mai 1997 établi par le Dr EI-H., médecin traitant, la cause de l'incapacité de travail subie par la demanderesse consiste en une récurrence d'un état dépressif avec troubles paranoïaques et schizo-affectifs. Dans un rapport médical confidentiel du 3 juin 1997, le médecin traitant a précisé que depuis le 9 février 1983, cette malade le consulte régulièrement pour un état dépressif et troubles paranoïaques. Depuis cette date, la patiente le consulte aussi pour rhinite et conjonctive allergique. Elle a subi de multiples séjours en clinique psychiatrique de B., un séjour dans le centre psychiatrique de thérapie du 17.04.97 au 23.05.97. A la question: existe-t-il des séquelles, une rechute ou des complications sont-elles à craindre?, le praticien a répondu: *il s'agit d'une maladie psychiatrique chronique+.

Dans un rapport complémentaire du 14 août 1997, le Dr EI-H. a précisé la fréquence des séjours en clinique entre 1983 et 1995. Il en a dénombré 9 en précisant que la malade était en traitement chez lui de façon régulière depuis le 9 février 1983 et qu'entre 1991 et 1995, la malade se rendait pratiquement une fois par mois à sa consultation. Enfin, la demanderesse a subi 9 incapacités de travail entre 1991 et 1995.

Après avoir pris connaissance des différents rapports médicaux relatifs à l'état de santé de la demanderesse, la défenderesse l'a informée, en date du 19 juin 1997, du fait qu'elle ignorait qu'elle avait été en traitement médical pour l'affection pour laquelle elle faisait valoir son droit. Par conséquent, conformément à l'article 6 de la LCA, elle déclarait se départir du contrat d'assurance, faisant au surplus référence à l'article 7 des conditions générales d'assurance sur la vie régissant le contrat (CGA, édition 1994, 1ère partie).

Par lettre du 26 septembre 1997, la défenderesse a fait savoir à la demanderesse qu'elle maintenait sa décision du 19 juin 1997.

Le 8 février 1999, la demanderesse a introduit une action en constatation de droit portant sur la validité du contrat d'assurance auquel elle a souscrit.

A l'appui de sa demande, elle conteste que la défenderesse n'aurait pas pu apprécier le risque à assurer à sa juste valeur, faute de pièces justificatives. Au contraire, la demanderesse aurait spontanément déclaré avoir souffert précédemment de dépression ayant impliqué une hospitalisation. Il lui aurait été répondu que cela ne devait pas poser de problèmes, mais qu'un contrôle serait effectué pour s'en assurer. Par ailleurs, la demanderesse fait valoir qu'elle a répondu clairement et de manière exacte au questionnaire qui lui a été soumis lors de la conclusion du contrat d'assurance. Il y a dès lors lieu de constater que le contrat d'assurance litigieux conclu entre parties est parfaitement valable et que la défenderesse n'est en droit de se prévaloir d'aucun motif de résiliation.

Dans son mémoire de réponse, la défenderesse conclut au rejet des conclusions de la demande, sous suite des frais et dépens. Elle estime que la demanderesse a répondu de manière inexacte aux questions contenues dans le questionnaire de santé. En effet, en déclarant être en parfaite santé et en se limitant à faire état d'un contrôle le 9 mai 1995, s'agissant de dire si pendant les trois dernières années, elle avait été traitée, examinée ou conseillée par un médecin, la demanderesse a omis de déclarer - ou à tout le moins a indiqué inexactement - des faits importants qu'elle connaissait ou devait connaître. Selon les informations médicales obtenues, la demanderesse n'était pas en parfaite santé, ce qu'elle savait ou devait savoir puisque, non seulement elle souffrait d'une maladie chronique dont le début se situe au 9 février 1983, mais encore parce qu'elle suivait depuis un traitement régulier et se rendait pratiquement une fois par mois à la consultation du Dr El-H. et ce, de manière ininterrompue avant et après la conclusion du contrat, à quoi s'ajoutent encore les 9 hospitalisations en clinique psychiatrique de 1984 à 1992. Etant en traitement de manière ininterrompue et régulière depuis le 9 février 1983, la demanderesse ne pouvait se limiter à faire état d'un simple contrôle qui, en rapport avec l'affirmation selon laquelle elle était en parfaite santé, ne pouvait apparaître que comme un simple contrôle indépendant de toute maladie. De fait, dans la *petite déclaration de santé+ du 11 mai 1995, la demanderesse n'a mentionné aucun genre de maladie et d'affection ou de traitements dans les cases prévues sous question 1.

En outre, la demanderesse a répondu également *oui+ sous la rubrique *guéri+ de la question 2. Dès lors, au vu des réponses données par la demanderesse dans la *petite déclaration de santé+, l'employé au siège central de la défenderesse, en prenant connaissance de telles réponses, n'avait absolument aucun motif de supposer que la demanderesse souffrait d'une affection quelconque ni de faire des investigations particulières ni encore de demander des renseignements complémentaires au médecin habituel de la demanderesse. Dès lors, il est évident que la défenderesse, du fait du comportement de la demanderesse, n'a pas été en mesure d'apprécier le risque assuré à sa juste valeur.

Selon attestation médicale du Dr El-H., médecin traitant de la demanderesse, du 27 juin 1997, l'affection psychologique dont souffrait Mme Ch. était stabilisée sous traitement. Ainsi, depuis 1992, Mme Ch. jouissait d'un bon état de santé. Sa capacité de travail était à 100 % jusqu'au 4 février 1997.

Dans un attestation médicale du 29 novembre 1999, produite par la demanderesse, le Dr El-H. précise qu'en raison de son affection médicale, Mme Ch. le consulte régulièrement depuis le 9 février 1983. Il s'agit d'une maladie chronique, d'évolution épisodique qui a nécessité plusieurs hospitalisations et des traitements médicamenteux quotidiennement. La psychose paranoïde dont souffre la malade fait apparaître des symptômes et des comportements spécifiques de la maladie: surestimation (orgueil, mégalomanie), erreurs de jugement dus à un raisonnement logique mais reposant sur des a priori purement subjectifs. Le délire de paranoïa se développe de façon cohérente, suivant une série d'interprétations et de polarisations effectives: idéalisme, jalousie. Ce délire finit par se constituer en système permanent et inébranlable. Vu ce qui précède le praticien comprend facilement que Mme Ch. a eu le sentiment d'être complètement guérie en dehors

des crises aiguës et qu'elle était capable de travailler normalement sans interruption de 1992 jusqu'à 1997.

Entendus en qualité de témoins, les agents de la défenderesse ont déclaré ce qui suit:

M. Della C.:

« Je me souviens des circonstances des tractations avec Mme Ch. Je ne sais plus tout ce qui s'est dit, en particulier qu'elle avait fait état d'une dépression antérieure. Je lui ai dit que la compagnie examinera le dossier. Il est clair que Mme Ch. ne m'a pas déclaré autre chose que ce qui figure dans le questionnaire que j'ai rempli moi-même. Je ne peux dire si lors des précédents entretiens, elle m'a dit ou non avoir eu une dépression. On est allé à plusieurs reprises chez Mme Ch. Elle ne m'a en tout cas pas dit qu'elle avait été hospitalisée. Nous rendons les clients attentifs au fait qu'ils doivent répondre entièrement. Quand un client répond qu'il n'est pas en parfaite santé, on en précise la raison sur le questionnaire. Si un contrôle a eu lieu, un contrôle médical de routine, on note « contrôle » sur le questionnaire. Sur la PJ n° 5, intitulée « petite déclaration de santé », le chiffre 1 correspond à un assuré et non au nombre de contrôles. S'il est répondu « oui » sous question « guéri ? », cela signifie que le contrôle est en ordre. En principe, c'est la direction qui décide s'il y a lieu de prendre des renseignements auprès du médecin. Le questionnaire de santé a été signé par Mme Ch. lors de la dernière rencontre à laquelle j'ai assisté seul. Je ne prends pas contact avec la direction après la conclusion de la police dont le dossier est envoyé à la direction. Je précise que si un problème de santé quelconque est annoncé par le client, il figure dans la déclaration. Lorsque les gens se sentent bien, ils minimisent leur état, surtout dans les cas de dépression lorsqu'ils peuvent travailler. A l'époque, j'étais chargé de la formation des agents visiteurs à la Bâloise ».

M. M.:

« J'ai été en contact avec Mme Ch. pour la conclusion d'une police. Il me semble que c'est M. Ch. qui m'a contacté. J'étais en maladie lorsque la police a été signée. C'était au début 1995 que j'ai été contacté. Je ne me souviens pas des détails de la discussion. Je ne me souviens pas si Mme Ch. m'a déclaré avoir souffert de dépression ni d'avoir été hospitalisée. On ne conclut pas l'affaire à l'occasion de la première rencontre, ou alors c'est très rare. On ne conclut pas une assurance-vie tout de suite. Le couple Ch. avait, me semble-t-il, déjà des assurances à la Bâloise. J'étais toujours employé de la Bâloise au printemps 1997. Il y a eu un échange de courrier avec la direction sur le cas de Mme Ch. Il n'y a pas eu de reproche à mon encontre. En tout cas, il ne me semble pas. Je me souviens du courrier du 1er juillet 1997, que j'ai adressé à la Bâloise et j'en confirme le contenu. Si j'ai écrit à cette époque que Mme Ch. ne m'a pas parlé d'hospitalisation ni de dépression, c'est que j'en étais convaincu ».

Motifs: Selon l'article 6 LCA, si celui qui devait faire la déclaration a, lors de la conclusion du contrat, 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.

Ainsi, 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'appré

ciation du risque tels qui lui sont ou doivent lui être connus lors de la conclusion du contrat. Les faits importants en question sont tous les éléments qui doivent être pris en considération lors de l'appréciation du risque et qui peuvent éclairer l'assureur sur l'étendue du risque à courir, soit tous les faits de nature à influencer sur la détermination de l'assureur de conclure le contrat ou de le conclure aux conditions convenues (ATF 118 II 333); il ne s'agit donc pas seulement des facteurs du risque, mais aussi des circonstances qui permettent de conclure à l'existence de facteurs de risque. Si, lors de la conclusion du contrat, le proposant a déclaré inexactly ou omis de déclarer un fait important pour l'appréciation du risque qu'il devait connaître et au sujet duquel il avait été interrogé expressément et de façon non équivoque, l'assureur est en droit, selon l'article 6 LCA, de se départir du contrat (ATF 116 II 339 et les références citées).

Dans le cas d'espèce, les faits pour lesquels la demanderesse a répondu (questions 1a et 2) sont importants pour l'appréciation du risque, puisque la défenderesse a notamment posé les questions: êtes-vous en parfaite santé? et avez-vous été traité, examiné, contrôlé ou conseillé par un médecin pendant les trois dernières années?

Pour que l'on puisse parler de réticence, il faut que la personne astreinte à déclarer les risques ait fait par écrit une déclaration inexacte ou incomplète par rapport à un fait important. Mais, il ne suffit pas que cette déclaration soit objectivement inexacte ou incomplète: l'élément subjectif joue également un rôle essentiel dans la qualification du comportement de la personne en cause, en ce sens qu'elle doit indiquer les faits tels qui lui sont connus ou doivent être connus d'elle. Il est satisfait à cette obligation si elle déclare, outre les faits qu'elle connaît sans autre réflexion, ceux aussi qui ne peuvent lui échapper si elle réfléchit sérieusement aux questions de l'assureur (Viret, Droit des assurances privées, 3e éd., p. 102; Kuhn, Droit des assurances privées, 1994, p. 147; RJJ 1994, p. 360). Selon la jurisprudence (ATF 118 II 233, cons. 2b et 116 II 340, 341, cons. 1c), il résulte clairement du texte des articles 4 et 6 LCA qu'il ne faut adopter ni un critère purement subjectif ni un critère purement objectif pour juger si le proposant a rempli ou non ses obligations quant aux déclarations à faire. Du moment que la loi ne se contente pas de ce que le proposant communique à l'assureur, en réponse aux questions correspondantes, les faits importants pour l'appréciation du risque qui lui sont effectivement connus, mais qu'elle prescrit en outre que le proposant doit déclarer également les faits importants pour l'appréciation du risque qui doivent être connus de lui, cette loi institue un critère objectif (indépendant de la connaissance effective qu'a le proposant des faits concrets). Toutefois, pour appliquer ce critère, on tiendra compte des circonstances du cas particulier, notamment des qualités (intelligence, formation, expérience) et de la situation du proposant. En effet, celui-ci doit déclarer à l'assureur outre les faits importants pour l'appréciation du risque qui lui sont effectivement connus, non pas d'une façon générale tous les faits de cette nature qui sont objectivement reconnaissables lors de la conclusion du contrat, mais seulement ceux qui font l'objet de questions écrites et qui lui sont connus ou doivent être connus de lui; ce principe vaut non seulement dans le cas exceptionnel du proposant dont les facultés mentales ne sont pas normalement développées, mais dans tous les cas.

Ce qui est finalement décisif, selon le Tribunal fédéral, c'est de juger 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: la loi fédérale sur le contrat d'assurance exige du proposant qu'il se demande sérieusement s'il existe un fait qui tombe sous le coup des questions de l'assureur, mais elle n'exige pas de lui qu'il recueille des renseignements sur l'existence d'un pareil fait; le proposant 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 posées.

Le preneur d'assurance est en principe seul responsable des déclarations qu'il a faites dans le questionnaire destiné à l'assurance. Lorsque les questions posées sont claires, il ne peut opposer ses déclarations inexactes à l'assurance en prétendant qu'elles lui ont été suggérées par son agent. Cependant, la violation de son devoir de répondre confor

mément à la vérité ne doit être admise qu'avec retenues. Si des déclarations incomplètes ont été occasionnées par l'assureur (respectivement par son agent), ou si celui-ci connaissait ou pouvait connaître l'inexactitude des déclarations de cocontractant, le contrat ne pourra être résilié (TC St-Gall, du 18.02.1993, confirmé par le TF le 04.11.1993, in: JT 1994 I 750).

En l'espèce, la demanderesse allègue avoir indiqué aux agents de la défenderesse qu'elle avait souffert précédemment de dépression ayant impliqué une hospitalisation. Or, cette preuve n'est pas rapportée; les agents de la défenderesse ont en effet catégoriquement nié ou, pour l'un d'eux, ne s'est pas souvenu avoir enregistré de telles déclarations de la part de la demanderesse. En tout état de cause, les deux anciens employés de la défenderesse ont formellement contesté que cette dernière leur aurait déclaré qu'elle avait été hospitalisée. Le témoin M., en s'en référant à la correspondance adressée au siège principal de La Bâloise, le 1er juillet 1997, a formellement contesté avoir incité la demanderesse à ne pas remplir entièrement le formulaire avec ce qui avait été annoncé oralement. De plus, selon lui, si la dépression et l'hospitalisation avaient été citées au moment de la signature, elle figurerait dans la déclaration en question.

Il convient ainsi de constater que la demanderesse n'a pas rapporté la preuve qu'il lui incombait.

Il faut dès lors d'examiner si la demanderesse, en remplissant le questionnaire a commis une réticence.

Force est d'admettre que la demanderesse n'a pas répondu correctement aux questions posées par l'assureur dans la proposition. En effet, en répondant qu'elle était en parfaite santé, alors qu'elle était sous traitement médical permanent depuis 1983, sans interruption, et en taisant le genre de maladie dont elle était affectée et qui avait conduit à de nombreuses hospitalisations et incapacités de travail, la demanderesse a répondu de manière inexacte à la question. En outre, en signalant un contrôle, à la date du 9 mai 1995, chez son médecin habituel et indiquant qu'elle était guérie à la suite de ce contrôle, la demanderesse a répondu de façon inexacte et contraire à la réalité; elle a même carrément caché la réalité en taisant l'affectation chronique dont elle était atteinte, qui nécessitait des contrôles permanents mensuels et la prise continue de médicaments. Enfin, son affection chronique a abouti à de nombreuses hospitalisations et incapacités de travail, la dernière incapacité étant survenue quelques jours avant la conclusion de la police.

C'est en vain que la demanderesse nie la réticence en arguant du fait que, subjectivement, elle n'a pas trompé, ni tenter de le faire, l'assurance, cela en raison de son état de santé déficient. Cette allégation est d'ailleurs en contradiction avec son argumentation en procédure, puisqu'elle prétend avoir avisé les agents de la défenderesse de sa maladie ayant entraîné une hospitalisation. La demanderesse ne pouvait d'ailleurs ignorer qu'elle était tenue, et ce sans interruption depuis 1983, de se rendre tous les mois chez son médecin traitant, pour y recevoir des soins et se faire prescrire des médicaments. Même si, depuis sa dernière hospitalisation, elle pouvait se considérer comme apte au travail à 100 %, il convient encore de constater qu'elle a subi une incapacité de travail dans la période du 3 au 5 avril 1995, soit un mois avant de conclure la police litigieuse. Il s'agit là de faits de nature à influencer sur la détermination de l'assureur de conclure le contrat, donc de faits importants. Par ailleurs, il ne fait aucun doute que les questions posées par la défenderesse étaient précises et sans équivoque.

Il est ainsi établi que la demanderesse a violé intentionnellement ses obligations légales et contractuelles, de telle sorte qu'elle est, en principe, en droit de se prévaloir de l'article 6 LCA.

La défenderesse a été avisée par le mari de la demanderesse le 5 mai 1997 de son incapacité de travail. Le 9 mai 1997, elle a transmis deux formulaires à son assurée, soit un rapport qu'elle était invitée à remplir, un certificat médical à transmettre à son médecin, à l'attention de son service médical. La demanderesse a retourné le rapport de l'assuré concernant son incapacité de travail/de gain+ le 30 mai 1997 à la défenderesse. Quant au

médecin traitant, le Dr El-H., il a fait parvenir son certificat médical le 23 mai 1997 et son rapport médical confidentiel le 3 juin 1997.

La défenderesse s'est alors départie du contrat le 19 juin 1997, soit dans les quatre semaines à partir du moment où elle a eu connaissance des rapports de l'assurée et de son médecin traitant. Elle a ainsi respecté l'article 6 LCA, selon lequel l'assureur peut se départir du contrat dans les quatre semaines à partir du moment où il a eu connaissance de la réticence.

La demanderesse doit ainsi être déboutée de ses conclusions. Comme elle succombe, elle doit être condamnée aux frais et dépens de la procédure, sous réserve des dispositions en matière d'assistance judiciaire gratuite dont elle bénéficie relativement aux frais (arrêt du 7 avril 1999).

PAR CES MOTIFS

LA COUR CIVILE

déboute

la demanderesse de ses conclusions;
condamne

la demanderesse

a) aux frais de la procédure par Fr 16'200.-- (émolument : Fr 8'000.-- par partie; débours

Fr 200.--) ;

b) aux dépens de la défenderesse taxés à Fr 8'400.-, TVA comprise;

sous réserve des dispositions relatives à l'assistance judiciaire gratuite;

réserve

les droits de l'Etat, conformément à l'article 81 al. 3 Cpc.