

Cour de Justice du canton de Genève, 22 novembre 2001,
L. c. Y Compagnie d'Assurances, Zurich

Faits: Par acte déposé au greffe de la Cour de céans le 13 décembre 2000, L. appelle d'un jugement rendu par la 14^{ème} Chambre du Tribunal de première instance le 9 novembre 2000, notifié le 10 novembre et reçu le 13 du même mois, constatant qu'il avait violé les obligations qui lui incombait lors de la signature d'une proposition d'assurance pour perte de gains en cas de maladie, le déboutant des fins de sa demande et le condamnant aux dépens de sa partie adverse.

L. conclut à l'annulation de ce jugement, au motif que la Y , Compagnie d'Assurances connaissait ou aurait dû connaître son état de santé, soit par l'intermédiaire de son agent négociateur, soit pour lui avoir déjà versé des prestations par le passé. Il reprend ainsi ses conclusions de première instance tendant à ce que l'intimée soit condamnée à lui verser une somme de 45'050 fr. avec intérêts à 5% dès le 30 juillet 1998 (date moyenne) au titre d'une rente pour perte de gains de 18'000 fr. l'an, du 29 novembre 1996 au 31 mai 1999, avec suite de dépens.

De son côté, la Y , Compagnie d'Assurances (ci-après : la Y) conclut à la confirmation du jugement entrepris, avec suite de dépens. Elle se rallie en substance à l'argumentation du premier juge quant à la réticence retenue, tout en invoquant, de surcroît, la nullité du contrat pour survenance du sinistre avant sa conclusion et l'absence de toute couverture d'assurance.

Dans ses écritures d'appel, L. n'élève aucun grief sérieux à l'encontre des faits posés par le Tribunal de première instance. Il se borne à rappeler sa propre version du litige et à faire une distinction entre son incapacité de travail du mois de novembre 1992 et celle résultant d'un accident de ski du 27 février 1993. Pour sa part, la Y a répondu aux allégués de fait de l'appelant sans critiquer l'instruction des faits pertinents de la cause, ce qui amène la Cour à adopter pour l'essentiel l'état de fait retenu par le premier juge, en le limitant aux circonstances utiles à la résolution du litige, état de fait qui est le suivant:

En date du 26 février 1991, L. a signé sur un formulaire de la Y une proposition portant sur une assurance vie mixte sur une tête avec capitalisation pour une somme de 60'000 fr. Sur la base de cette proposition et des réponses données au questionnaire médical qui y était joint, la Y a contracté le 25 mars 1991 une assurance vie, police no . . .

Le 2 novembre 1992, L. a été déclaré en incapacité totale de travail par son médecin traitant, le Dr E., ce pour des raisons d'ordre psychologique. D'autre part,

l'appelant a été victime d'un accident de ski le 27 février 1993, lequel a entraîné derechef une incapacité totale de travail pour des raisons d'ordre physique. Cette incapacité de travail a donc perduré sans interruption depuis le mois de novembre 1992 et, à tout le moins, jusqu'à la comparution personnelle des parties du 1er mars 2000 devant le Tribunal de première instance.

En date du 20 octobre 1994, L. se rendit auprès d'un dénommé A., agent d'assurance au service de la Y..., afin de pouvoir inclure dans la police, d'assurance vie conclue le 25 mars 1991 une couverture complémentaire pour perte de gains en cas de maladie. Ce jour là, l'appelant signa un formulaire de proposition de changement de la police d'assurance no ..., lequel comportait un questionnaire médical auquel le proposant devait répondre.

Il ressort de l'instruction de la cause que A. a rempli les divers postes de ce questionnaire conformément aux réponses données par L. et que s'il connaissait l'existence de l'accident de ski, il ignorait en revanche tout de l'état de santé de l'appelant au moment de compléter le formulaire avec ce dernier. Conséquemment, l'agent d'assurance a expressément exclu dans la proposition toute incapacité de gains résultant de lésions au genou droit.

En réponse au questionnaire relatif à ses antécédents médicaux, L. a indiqué qu'il ne souffrait pas de troubles de la santé, de séquelles d'accidents, d'une anomalie ou d'une infirmité, que sa capacité de travail n'était pas réduite et qu'il n'avait pas été traité ou n'avait pas suivi les conseils de psychothérapeutes au cours des cinq dernières années. L'appelant a signé la proposition le 20 octobre 1994, après en avoir relu toutes les dispositions.

Le 29 novembre 1994, la Y... a accepté la proposition d'assurance de l'appelant sur la base des réponses apportées au questionnaire. La police ainsi élargie donnait droit à une rente annuelle de 18'000 fr. en faveur de l'assuré en cas d'incapacité de gains résultant exclusivement de la maladie, après un délai d'attente de 720 jours.

Parallèlement, moins de deux semaines après avoir signé la proposition d'assurance pour perte de gains, L. déposa auprès de l'assurance invalidité fédérale (ci-après : AI) une demande de prestations pour adultes. Au terme de cette demande, il affirmait se trouver en incapacité complète de travail suite à l'accident de ski du 27 février 1993. Par décision du 4 mai 1998, l'AI mit l'appelant au bénéfice d'une rente d'invalidité de durée indéterminée depuis le 1er mai 1998, décision transmise à l'intimée par le Conseil de L. le 26 mai suivant.

En date du 18 juillet 1998, l'appelant fit parvenir à la Y... une déclaration de maladie et d'accident en cas d'incapacité de travail et de gagner, d'invalidité, d'hospitalisation et de cure, affirmant souffrir de lésions au genou droit et de troubles de la personnalité depuis février 1993. Par courrier responsif du 5 août 1998,

l'intimée informa son assuré qu'elle ne pouvait donner suite à cette annonce de sinistre, au motif qu'il s'agissait d'un accident explicitement exclu par la police.

Par une seconde décision du 11 août 1998, l'AI mit L. au bénéfice d'une rente d'invalidité pour la période complémentaire allant du 1er novembre 1993 au 30 avril 1998. Il n'est pas établi par la procédure que cette nouvelle décision ait été transmise sur-le-champ à l'assureur.

A la demande de la Y , et avec l'autorisation de l'appelant, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité transmit à l'intimée le 28 octobre 1998 l'ensemble du dossier AI de L. En sus de la demande de prestations AI proprement dite, divers rapports médicaux faisaient aussi partie du dossier remis par l'Office à la Y .

Par courrier recommandé du 11 novembre 1998 adressé au Conseil de l'appelant, la Y déclara ne pas être liée par le contrat de base l'unissant à son assuré, celui-ci ayant omis de déclarer des antécédents médicaux importants lors de la conclusion de la police, antécédents ressortant du dossier AI qui venait de lui être communiqué. A cet égard, l'intimée a invoqué la réticence de L., lequel avait répondu de façon inexacte à plusieurs questions du formulaire rempli le 26 février 1991.

A l'issue d'un échange de correspondance du mois de décembre 1998 avec le Conseil de l'appelant, la Y précisa encore les motifs de la réticence invoquée et déclara maintenir la position exprimée le 11 novembre 1998.

Par acte déposé en conciliation le 25 juin 1999, L. a ouvert action à l'encontre de l'intimée en paiement d'une somme de 45'050 fr. augmentée des intérêts moratoires à 5% dès le 30 juillet 1998, avec suite dépens. A l'appui de ses conclusions, il alléguait que la Y n'était pas habilitée à faire valoir la réticence car, par l'entremise de l'agent d'assurance A., elle ne pouvait ignorer la situation médicale exacte de son assuré. Elle restait donc lui devoir l'intégralité des rentes pour perte de gains depuis la conclusion du contrat jusqu'au 31 mai 1999, sous déduction du délai d'attente de 720 jours.

Dans son mémoire responsif du 14 janvier 2000, l'intimée a conclu au déboutement de sa partie adverse, avec suite de dépens. La Y persista dans les raisons apportées au sujet de la réticence alléguée et invoqua au surplus d'autres motifs de réticence, liés cette fois aux réponses erronées fournies par l'appelant lors du second questionnaire médical signé le 20 octobre 1994.

Le Tribunal de première instance a entendu les parties en comparution personnelle le 1er mars 2000 et procédé à l'audition de trois témoins en date du 21 juin 2000. A l'audience pour plaider du 6 septembre 2000, L. a persisté dans sa demande, tandis que la Y a déposé des conclusions après enquêtes. Au terme de cette dernière écriture, l'intimée fit encore valoir que le contrat d'assurance était

nul car le risque couvert s'était déjà réalisé au moment de la conclusion de la police.

Les arguments des parties seront repris dans la mesure utile ci-dessous.

Motifs: L'appel est recevable, ayant été interjeté selon la forme et dans le délai prescrits par la loi (art. 296 et 300 LPC).

S'agissant d'un appel portant sur une décision rendue en premier ressort (art. 22 LOJ), la Cour de céans revoit la cause avec un plein pouvoir d'examen (art. 291 LPC).

Il est admis que les parties ont, à deux reprises, manifesté leur volonté de se lier par un contrat d'assurance au sens des art. 1 et ss LCA. Sur la base d'une première proposition, la Y a émis le 25 mars 1991 une police d'assurance vie avec capitalisation, d'une durée de 35 ans. Suivant une seconde proposition, le contrat a été complété en date du 29 novembre 1994 par l'adjonction d'une rente annuelle en cas d'incapacité de gagner à raison de la maladie.

L'appelant reproche au premier juge d'avoir mal interprété la notion de réticence et d'avoir admis celle-ci en l'espèce alors que, d'une part, il aurait été de bonne foi en répondant de façon erronée aux questionnaires médicaux et, d'autre part, que la Y aurait été parfaitement au courant de son état de santé pour avoir antérieurement couvert une incapacité de travail.

De son côté, l'intimée soutient au contraire que si elle a effectivement versé des indemnités journalières pour la période du 20 juin 1990 au 2 janvier 1991 dans le cadre d'une police collective maladie, elle n'est en revanche pas intervenue au titre d'assureur LAA pour l'accident de ski et que L. a bel et bien omis d'annoncer ses maladies antérieures avec la proposition du 26 février 1991 ainsi que de mentionner son incapacité totale de travail avec celle du 20 octobre 1994.

Selon l'art. 4 al. 1 LCA, le proposant doit, en suivant un questionnaire ou en réponse à toutes autres questions écrites, déclarer par écrit à l'assureur 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. 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). Sont enfin réputés importants les faits au sujet desquels l'assureur a posé par écrit des questions précises, non équivoques (art. 4 al. 3 LCA).

A teneur de l'art. 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 (au sens de l'art. 4 LCA) 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.

Par une analyse minutieuse à laquelle la Cour entend se rallier (cf. jugement, p. 16 à 21), le Tribunal de première instance a retenu de bon droit que la Y avait agi dans le délai légal de quatre semaines pour invoquer la réticence de l'appelant et que ce dernier ayant apporté des réponses erronées à six points du questionnaire du 26 février 1991, il avait violé les obligations qui lui étaient imposées par l'art. 4 LCA. D'autre part, le premier juge a aussi relevé avec pertinence que L. avait encore apporté des réponses inexactes au questionnaire du 20 octobre 1994, plus précisément au sujet de son incapacité totale de travail. Ainsi, quoique selon la jurisprudence il faille admettre qu'avec une grande retenue l'existence d'un cas de réticence, la cour parvient à la conclusion que tel est bien le cas en l'occurrence.

Au vu de l'ensemble des rapports et certificats versés au présent dossier, il est indiscutable que, lorsqu'il a rempli le questionnaire médical du 26 février 1991, l'appelant souffrait ou avait souffert non seulement de diverses affections plus ou moins graves sur le plan de sa santé physique, mais qu'il présentait surtout des troubles de la personnalité et du comportement, ainsi qu'une atteinte quasi permanente à sa santé psychique.

Selon la jurisprudence, celui qui tait des indispositions sporadiques, qu'il pouvait de bonne foi considérer comme sans importance et passagères, sans devoir les tenir pour une cause de rechute ou de symptômes d'une maladie aiguë, ne viole pas de manière fautive son devoir de renseigner (ATF 116 II p. 338 = RBA XVIII no 6 p. 26). Dès lors, même si l'on peut admettre que pour certains problèmes mineurs (gastrites, hématurie, hernie inguinale) il ait pu de bonne foi se sentir guéri et en parfaite santé, il est inadmissible que L. ait omis d'indiquer des troubles psychiques qu'il ne pouvait ignorer (RBA XV no 22, assurance vie). Ce qui est décisif à cet égard, c'est de savoir si et dans quelle mesure le proposant pouvait donner de bonne foi une réponse négative à la question de l'assureur, selon la connaissance qu'il avait de la situation (ATF 96 II p. 209).

La question de savoir si, ayant eu connaissance de l'état de santé exact de l'appelant, la Y aurait néanmoins conclu le contrat aux mêmes conditions en mars 1991, peut rester indéterminée en l'espèce, ce pour deux raisons au moins.

En effet, le preneur d'assurance n'a pas essayé durant la procédure de renverser la présomption selon laquelle les faits ayant donné lieu aux questions en cause ne constituaient pas, en réalité, des faits importants au sens de l'art. 4 LCA pour l'intimée. Au demeurant, il faut noter qu'il n'incombe pas à l'assureur de prouver qu'il aurait refusé la proposition si les réponses au questionnaire avaient été exactes (cf. Tribu. app. BS, 29.10.1987 in RBA XVI no 10). Il n'a pas non plus été allégué en

première instance que les questions litigieuses posées par l'assureur auraient été mal formulées (RBA V no 65).

Par ailleurs, il ressort de l'instruction de la cause que, contrairement à ses affirmations, L. était déjà en incapacité totale de travailler lorsqu'il a répondu négativement à la question claire, précise et non équivoque du formulaire du 20 octobre 1994 joint à la proposition d'une couverture complémentaire pour la perte de gains. Or, selon la jurisprudence, commet déjà une réticence le proposant qui tait une incapacité de travail à 50% à la suite d'un accident (ATF du 01.05.1986 dans la cause S. c/ H -Accidents in RBA XVI no 5).

Sur cet aspect du litige, la Cour constate que l'attitude de l'appelant s'apparente à une forme aggravée de réticence, commise de mauvaise foi et constitutive de dol (art. 26 LCA). En effet, entendu en comparution personnelle par le premier juge, il a affirmé être en incapacité totale de travail depuis le 2 novembre 1992 pour des raisons d'ordre psychologiques et, depuis février 1993 pour des raisons liées à son accident de ski, ceci sans interruption jusqu'au jour de l'audience, confirmant pour le surplus qu'en date du 20 octobre 1994, il n'avait pas la capacité de travail. Ces déclarations ne sont pas isolées du contexte, puisqu'elles sont corroborées par la demande de prestations AI du 2 novembre 1994 qui ne mentionne aucune activité accessoire, par le rapport médical du Dr E. à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du 26 septembre 1996 et par la seconde décision AI du 11 août 1998 mettant L. au bénéfice d'une rente d'une durée indéterminée depuis le 1er novembre 1993, soit après le délai d'attente d'une année à compter de l'incapacité de gains.

Finalement, les prétentions émises par l'appelant au terme de ses conclusions tant de première instance que d'appel, par lesquelles il réclame l'intégralité des rentes de perte de gains pour cause de maladie depuis la date de validité de l'assurance (déduction faite du délai d'attente de 720 jours), constituent si besoin est une reconnaissance explicite du fait qu'il était déjà en incapacité de gagner lors de la conclusion du contrat.

C'est en vain que L. avance dans son mémoire d'appel une thèse libératoire fondée implicitement sur l'art. 8 LCA, selon laquelle l'intimée ne pouvait pas se départir du contrat car elle connaissait ou devait connaître l'incapacité de travail du proposant (cf. ATF 90 II p. 449 = RBA XII no 110; RBA XVIII no 6), pour avoir auparavant versé des indemnités journalières suite à un état dépressif réactionnel en 1990. Cette argumentation n'est d'aucun secours à l'appelant dans la mesure où, selon les documents produits, l'incapacité de travail en question avait déjà cessé le 2 janvier 1991, soit plus de trois ans avant la signature de la proposition complémentaire du 20 octobre 1994 et qu'il n'est aucunement allégué, ni autrement établi par l'instruction de la cause, que la Y aurait eu connaissance de

l'incapacité de travail du 2 novembre 1992 avant de recevoir le dossier complet de l'assurance AI en date du 28 octobre 1998.

De même plaide-t-il à l'encontre du dossier quand il soutient que l'intimée, par l'entremise de son agent d'assurance, connaissait son incapacité de travail à l'époque des faits litigieux, puisque A., entendu comme témoin, a formellement affirmé le contraire, précisant qu'il ignorait totalement l'état de santé de L. au moment de remplir le questionnaire. De plus, l'art. 8 ch. 4 LCA ne s'applique pas à la connaissance de faits importants pour l'appréciation du risque qu'aurait le simple agent démarcheur ou négociateur (cf. Cour juste. civ. GE, 22.10.1982 in RBA XV no 15).

Dans ces conditions, la Cour retiendra avec le Tribunal de première instance que l'intimée était en droit de résoudre le contrat d'assurance initial du 25 mars 1991 en invoquant la réticence de L. Toutefois, s'agissant de la couverture complémentaire pour une rente en cas d'incapacité de gagner du 29 novembre 1994, force est de constater que le contrat est radicalement nul en application de l'art. 9 LCA, dans la mesure où le sinistre, à savoir l'incapacité total de travail de l'appelant, était déjà survenu au moment de la conclusion du contrat. En pareil cas, l'objet du contrat est impossible au sens de l'art. 20 CO, de sorte que chacune des parties peut en tout temps refuser l'exécution et, s'il y a lieu, exiger la restitutions de ses propres prestations dans les limites des règles relatives à l'enrichissement illégitime (cf. Bernard Viret, Droit des assurances privées, 3ème éd. Zurich, 1991 p. 82).

En tant donc qu'elle s'appuie sur un contrat dont une partie est nulle et qui, pour le reste, ne lie plus la Y, la réclamation de l'appelant est sans fondement juridique. En conséquence, le jugement entrepris sera confirmé.

Afin d'être exhaustive, la Cour relèvera encore qu'en cas de résolution du contrat d'assurance par le mécanisme de l'art. 6 LCA, les primes payées par le preneur restent acquises à l'assureur, qui conserve au surplus son droit à la prime pour la période d'assurance en cours (art. 25 al. LCA). La rigueur de cette règle est cependant atténuée dans le cas d'un contrat d'assurance sur la vie susceptible de rachat selon l'art. 90 al. 2 LCA, l'assureur restant devoir le montant de la prestation minimum prescrite pour le rachat (art. 25 al. 4 LCA). En l'espèce, il apparaît que l'instruction de la cause en première instance n'a pas porté sur cet aspect du litige et que L. n'a pas formé de conclusions alternatives à cet égard. Il lui appartiendra donc d'obtenir de l'intimée le calcul de la valeur de rachat du contrat initial au 11 novembre 1998, puis de faire valoir consécutivement une prétention à ce sujet.

L. qui succombe entièrement et dont l'appel fixe l'indemnité, sera condamné aux dépens de l'instance (art. 176 al. 1 LPC).

P a r c e s m o t i f s

La Cour:

A la forme

Reçoit l'appel interjeté le 13 décembre 2000 par L. contre le jugement no ..
rendu le 9 novembre 2000 par le Tribunal de première instance dans la cause no

.. .

Au fond

Confirme ledit jugement.

Condamne L. aux dépens d'appel comprenant une indemnité de procédure de
4'000 fr. à titre de participation aux honoraires d'avocat de l'intimée.

Déboute les parties de toutes autres conclusions.