

Cour de Justice du canton de Genève, 14 décembre 2001,

L. c. Y Compagnie d'Assurances, Lausanne

Faits: Par jugement du 3 avril 2001, notifié le lendemain, le Tribunal de première instance de Genève a condamné Y Assurances, Compagnie d'Assurances sur la Vie (ci-après : Y), à verser à L. 135'000 fr. avec intérêts à 5 % l'an dès le 4 mars 2001 et l'a condamnée aux dépens, dont une indemnité de 8'000 fr. à titre de participation aux honoraires du conseil de sa partie adverse.

Par acte déposé au greffe de la Cour de céans le 18 mai 2001, Axa a fait appel de ce jugement au motif que le premier juge avait violé l'article 6 LCA et conclut à son annulation. Pour sa part, L. conclut à sa confirmation.

Il ressort de la procédure les faits pertinents suivants:

Le 23 mai 1996, L., née le 1er novembre 1952, a souscrit une proposition d'assurance de prévoyance liée auprès de l'U Assurances, devenue Y .

Le formulaire relatif son état de santé a été rempli par S., courtier en assurances, qui lui a posé les questions suivantes:

Question 4:

Êtes-vous actuellement en parfaite santé et apte au travail ? Oui.

Question 5:

Étiez-vous durant les trois dernières années toujours apte au travail ? Oui.

Question 6.7

Avez-vous déjà souffert ou souffrez-vous actuellement de maladies des os et des articulations : colonne vertébrale, lombalgie, sciatique, arthrite, etc. ? Non.

Question 9:

Qui est votre médecin de famille ou le médecin que vous consultez habituellement et quand l'avez-vous consulté pour la dernière fois ? Pas de médecin de famille.

La police d'assurance 120'281 est entrée en vigueur le 1er juin 1996.

A titre complémentaire, ladite police assurait L. contre le risque d'une incapacité de travail suite à une maladie (durée 18 ans), par le versement d'une rente annuelle de 36'000 fr. payable après un délai d'attente de 30 jours et la libération du paiement de la prime annuelle de 2'225 fr. 20.

Avant le 5 mai 1997, date de la première consultation de L. auprès du Dr M., de la permanence de la clinique de C., pour des douleurs lombaires, il n'est pas établi qu'elle ait eu un médecin traitant ou même consulté de médecin, suivi de traitement médical ou ait été en arrêt de travail. En cas de besoin, elle se rendait à la permanence, selon déclaration de J. L., son mari, entendu à titre de renseignement.

A cette date, le Dr M. a posé le diagnostic d'hypothyroïdie, de dorsolombalgies et de scolioses lombaires. Il a délivré à L. un certificat d'incapacité de travail à 100 % pour cause de maladie. Il l'a adressée ses confrères de l'Hôpital B.-S., pour un bilan et une prise en charge, qui a duré du 9 juin 1997 au 13 août 1997.

L. a immédiatement informé l'U de son incapacité de travail de Dr M. a établi le 17 juillet 1997 un certificat médical à l'attention de cet assureur.

En réponse à une première demande de renseignements, le Dr W., médecin-conseil d'Axa, a reçu une lettre de l'Hôpital B.-S., du 10 septembre 1997, signée du Dr F., posant le diagnostic de "dorsolombalgies chroniques sur troubles statiques associées à un probable état dépressif". En réponse à une seconde demande de renseignements, le Dr W. a reçu un courrier du 21 octobre 1997, de l'Hôpital B.-S., signé par le Dr P. et le Dr Sch., contenant les paragraphes suivants : "Cette patiente est connue pour des lombalgies depuis de nombreuses années mais les épisodes n'ont que rarement duré plus de quelques jours et n'ont, semble-t-il, pas nécessité de prise en charge thérapeutique ou d'arrêt de travail. La patiente nous déclare lors de la première consultation (9 juin 1997) présenter depuis environ 3-4 mois des lombalgies mécaniques progressivement invalidantes avec des sciatalgies intermittentes. Nous sommes au regret de ne pouvoir vous donner une date plus précise quant au début de ses premiers symptômes (...)".

Par courrier recommandé du 18 novembre 1997, Y a déclaré à L. qu'elle invoquait la réticence au sens de l'article 6 LCA pour se départir du contrat d'assurance vie, car les renseignements reçus confirmaient l'existence de lombalgies antérieures à la conclusion du contrat. Elle lui a refusé le versement de ses prestations.

Apportant des précisions, le Professeur V. et le Dr P. de l'Hôpital B.-S. ont indiqué dans un courrier du 25 juin 1998 : "Dans l'anamnèse de cette patiente, on retrouve la notion qu'elle présente de façon épisodique des douleurs lombaires depuis de nombreuses années, mais celles-ci n'ont que rarement duré plus de quelques jours, ni nécessité de prise en charge thérapeutique ou justifié d'arrêt de travail".

Entendu comme témoin dans le cadre de la procédure, le Dr P. a précisé que "lorsque nous disons que la patiente est connue pour des lombalgies, c'est qu'il ressort de l'anamnèse qu'il y a déjà eu des épisodes de douleurs lombaires. Ces épisodes étaient de brève durée et n'avaient jamais nécessité d'arrêt de travail. Sur le plan médical cela signifie que l'on ne considère pas cela comme une maladie. Cet état est différent de celui de Mme L. lorsqu'elle a été suivie en 1997. (...). Mme L. n'a pas été suivie par le Service ambulatoire de rhumatologie. Elle n'était pas connue de nos services (...)".

Dans le même sens, le Dr Sch. a confirmé que L. n'était pas connue de son service. Il a indiqué que les 2/3 de la population suisse présente à un moment ou à un autre des lombalgies (...). C'est dans ce sens qu'il faut comprendre la notion "d'épisodes brefs".

Outre les consultations à l'Hôpital B.-S., L. a été examinée par la Dresse B. et le Dr Bu., tous deux spécialistes en rhumatologie, respectivement le 25 septembre 1997 et le 26 novembre 1997. Ils ont diagnostiqué une fibromyalgie.

Au sujet de l'apparition des premiers symptômes, il ressort des déclarations des médecins consultés, entendus comme témoins par le Tribunal, que : L. a eu des "problèmes lombaires vers l'âge de 25-26 ans avec des sciatalgies. Elle me l'a signalé dans l'anamnèse, cela n'intervenait pas au premier plan (...)" (Dresse B.); elle faisait remonter les premiers symptômes au courant de l'année 1997, puisqu'en mai 1997, elle m'a dit qu'elle avait été traitée pour une hypothyroïdie et qu'elle avait mal depuis lors" (Dr Bu.); les premiers symptômes de l'affection remontent à 3 à 4 mois avant la première consultation (9 juin 1997), selon le Professeur V. et le Dr P., de l'Hôpital B.-S., qui se sont exprimés à ce sujet dans une lettre du 25 juin 1998; elle avait déjà eu "des épisodes de lombalgies antérieurement, mais sans que cela n'entraîne d'arrêts de travail (...). Lorsqu'il n'y a pas d'arrêt de travail, ni de prise en charge thérapeutique, cela ne signifie pas grand chose" (Dr Sch.); elle avait auparavant souffert de douleurs cervicales et dorsales" d'après le Dr M., qu'il a attribuées à son affection hypothyroïdienne.

Ces symptômes sont apparus peu après un changement professionnel où L. a été occupée à un poste d'emballage à la chaîne au sein de J., la boulangerie de la M., un travail décrit comme étant "plus lourd". Auparavant, elle travaillait dans la micro-mécanique, voire comme nettoyeuse, selon l'indication figurant sur le formulaire d'assurance.

Le Tribunal a considéré qu'Y s'était départie à tort du contrat car les conditions posées à l'admission d'une réticence n'étaient pas remplies. Les griefs de l'appelante seront examinés ci-dessous en tant que besoin.

Motifs: L'appel est recevable pour avoir été déposé selon la forme et dans le délai prescrits (art. 296 et 300 LPC). Les dernières conclusions prises en première instance ayant porté sur une valeur litigieuse supérieure à 8'000 fr. en capital, le Tribunal a statué en premier ressort; la Cour revoit donc la cause avec un plein pouvoir d'examen (art. 22, 24 et 25 LOJ; 291 LPC; SJ 1984 p. 466 CO consid. 1). Elle applique d'office le droit fédéral (Bertossa/Gaillard/Guyet/Schmidt, Commentaire de la loi de procédure civile genevoise, n. 2 ad art. 144 LPC).

L'appelante reproche au premier juge d'avoir violé l'article 6 LCA en niant l'existence d'une réticence.

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 (art. 6 LCA).

En l'espèce, il n'est pas contesté que l'appelante a agi dans le délai prévu et le litige porte uniquement sur le point de savoir si l'intimée a ou non commis une réticence. Le fardeau de la preuve incombe à l'appelante (art. 8 CC).

Aux termes de 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 tels qu'il lui sont ou doivent lui être connus lors de la conclusion du contrat. Selon l'alinéa 2 du même article, sont importants 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.

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, les faits en question sont tous les éléments qui doivent être considérés lors de l'appréciation du risque et qui peuvent éclairer l'assureur, à savoir toutes les circonstances permettant de conclure à l'existence de facteurs de risque (ATF 118 II 333 consid. 2a p. 336 et les citations). Il résulte clairement du texte des art. 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 violé ou non son obligation de renseigner, laquelle s'apprécie au demeurant sans égard à une éventuelle faute du preneur. En effet, la loi n'impose pas seulement au proposant de communiquer à l'assureur, en réponse aux questions correspondantes, les faits importants pour l'appréciation du risque qui lui sont effectivement connus, mais également ceux qu'il devrait connaître. Ce qui est finalement décisif, c'est de déterminer si et dans quelle mesure le proposant pouvait donner de bonne foi une réponse inexacte à 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 exige du proposant qu'il se demande sérieusement s'il existe un fait qui tombe sous le coup des questions de l'assureur, mais non 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 (ATF 118 II 333 consid. 2b p. 337 et les arrêts mentionnés; Nef, Basler Kommentar, n. 26 ad art. 6 LCA; Maurer, Privatversicherungsrecht, 3e éd., p. 251 ss).

La jurisprudence admet que, suivant les circonstances, le proposant n'est pas tenu d'indiquer tous les médecins qu'il a consulté au cours de sa vie (ATF 75 II 158 consid. 3 p. 163). De même, celui qui tait des indispositions sporadiques qu'il pouvait raisonnablement et de bonne foi considérer comme sans importance et passagères, sans devoir les tenir pour une cause de rechute ou des symptômes d'une maladie imminente aiguë, ne viole pas son devoir de renseigner (ATF 116 II 338 consid. 1b p. 340 et les arrêts cités). On ne saurait faire grief au proposant de taire des troubles de santé insignifiants (SJ 1983 p. 236 [237]).

Il ne faut admettre qu'avec la plus grande retenue l'existence d'une réticence (ATF 101 II 344). Cette retenue s'impose déjà du fait de la rigueur de la loi, qui prévoit la résolution du contrat, non son adaptation (ATF 116 II 338 [341]).

En l'espèce, Y s'est départie du contrat d'assurance suite au courrier du 21 octobre 1997 que son médecin conseil a reçu des Drs P. et Sch., de l'Hôpital B.-S., l'informant que "cette patiente est connue pour des lobaigies depuis de nombreuses années". L'ambiguïté de ce paragraphe a été levée par les témoignages de ces médecins qui ont confirmé que l'intimée n'était pas connue de leur service. Le Dr P. a explicité qu'il fallait comprendre cette déclaration en ce sens que les épisodes de douleurs lombaires ressortaient uniquement de l'anamnèse de l'intimée.

D'après les témoignages des médecins consultés, les premiers symptômes éprouvés par l'intimée sont apparus aux alentours de février-mars 1997, soit à une date postérieure à la souscription de la police d'assurance, intervenue le 23 mai 1996. Avant cette date, l'appelante n'a pas établi que l'intimée aurait consulté un médecin, fait l'objet d'une radiographie, suivi un traitement, pris des médicaments ou été en arrêt de travail en lien avec des douleurs dorsales ou autres. Certes, l'intimée a fait état de douleurs sporadiques préexistantes auprès des médecins qu'elle a été amenée à consulter. Toutefois, les problèmes lombaires relatés par la Dresse B. remontent à l'époque où l'intimée avait 25-26 ans, à savoir aux années 1977-1978 et sans que celles-ci n'interviennent au premier plan. L'absence de consultation, de prise en charge thérapeutique et le caractère passager des dites douleurs démontrent à l'évidence qu'elles n'avaient pas une acuité nécessitant l'intervention d'un médecin. Elles s'apparentent à un trouble isolé de la santé que chacun peut ressentir de temps à autre, qui est banal puisqu'il concernait 2/3 de la population suisse selon le Dr Sch. Dès lors, il ne justifiait pas que l'intimée en fasse part à l'assureur et elle n'a pas transgressé son devoir de renseigner.

Les conditions posées à la résolution du contrat pour cause de réticence n'étant pas réalisées, Y a refusé à tort d'exécuter ses obligations contractuelles. Par conséquent, il convient de confirmer le jugement entrepris et de condamner Y aux dépens (art. 313 et 176 al. 1 LPC).

Par ces motifs,
La Cour:

Déclare recevable l'appel interjeté par Y Assurances, Compagnie d'assurances sur la vie contre le jugement .. rendu le 3 avril 2001 par le Tribunal de première instance dans la cause..

Confirme ce jugement.