

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

C/22925/2003

ACJC/1490/05

ARRÊT

DE LA COUR DE JUSTICE

Chambre civile

statuant par voie de procédure ordinaire

AUDIENCE DU VENDREDI 16 DECEMBRE 2005

Entre

Monsieur O

appelant

d'un jugement rendu par la 1ère Chambre du Tribunal de première instance de ce canton le 12 mai 2005, comparant par Me Stéphane Zen-Ruffinen, avocat, 72, boulevard Saint-Georges, 1205 Genève, en l'étude duquel il fait élection de domicile aux fins des présentes,

et

Y

ASSURANCES,

intimée, comparant par Me Christian Bruchez, avocat, 1, rue d'Aoste, case postale 3647, 1211 Genève 3, en l'étude duquel elle fait élection de domicile aux fins des présentes.

Le présent arrêt est communiqué aux parties par plis recommandés du 21.12.2005.

---

**EN FAIT**

- A. Par jugement du 12 mai 2005, notifié le 25 mai 2005 à O , le Tribunal de première instance a débouté ce dernier de l'intégralité de ses conclusions dirigées contre la Y ASSURANCES DE PERSONNES (ci-après : Y ASSURANCES), avec suite de dépens, y compris une indemnité de procédure de 5'000 fr.

En substance, le Tribunal a retenu qu'O avait omis de déclarer les traitements médicaux qu'il avait suivis de 1990 à 1995 en répondant au questionnaire en vue de la conclusion d'une assurance sur la vie et a ainsi considéré qu'il avait commis une réticence, de sorte que l'assureur avait été fondé à se départir du contrat.

Par acte déposé au greffe de la Cour le 23 juin 2005, O appelle de ce jugement. Il conclut à son annulation et reprend ses conclusions de première instance.

La Y ASSURANCES conclut à la confirmation du jugement querellé.

- B. Les faits pertinents suivants résultent de la procédure :

a. O exerçait la profession de plâtrier-peintre à titre indépendant.

b. O , se plaignant de douleurs lombaires, a consulté le Dr A , rhumatologue, quatre reprises de 1992 à octobre 1994. Ce praticien a diagnostiqué une spondylarthrite séronégative et a expliqué à son patient qu'il s'agissait d'un rhumatisme léger. Il a prescrit un anti-inflammatoire et une mobilisation en piscine. Lors de la dernière consultation en date du 25 octobre 1994, O se trouvait en état de rémission et avait cessé son traitement médicamenteux.

c. O a également consulté le Dr K , chiropraticien, à 21 reprises du 20 juin 1990 au 15 août 1991 pour le traitement de rachialgies et à 14 reprises du 19 mai au 16 novembre 1994 pour le traitement de la spondylarthrite, indépendamment de celui du Dr A . Selon le Dr K , les problèmes provenaient des efforts physiques déployés par O , dans l'exercice de sa profession, problèmes qui pouvaient également être traités par un médecin avec l'assistance d'un physiothérapeute. Il avait indiqué à son patient que les traitements étaient destinés à une remise en forme du dos. Les traitements ont été pris en charge par l'assureur maladie d'O

---

d. Le 5 décembre 1994, O a répondu à un questionnaire dans le cadre d'une proposition d'assurance vie auprès de F.

ASSURANCES SUR LA VIE. Il a été assisté par un agent d'assurance à cette occasion.

En réponse à la question no 9 : «*Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'affections de la colonne vertébrale, rhumatisme, sciatique ?*», O a répondu par l'affirmative et a souligné le terme «*rhumatisme*».

Dans le cadre de la question no 19, il a fourni des indications complémentaires par rapport à la question no 9. Il a ainsi indiqué sous la rubrique «*Genre de maladie, infirmité, traitement, lésion, opération*» : «*Rhumatisme léger*». Il n'a pas rempli les rubriques «*Quand ?*» et «*Combien de temps ?/Guérison ? Suites ?*» en relation avec cette affection, mais a inscrit dans la colonne «*Médecin traitant Hôpital (adresse actuelle)*» : «*aucun traitement*».

Par ailleurs, il a répondu par la négative à la question no 18 «*Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une maladie ou d'une atteinte à la santé non mentionnée ci-dessus qui a donné lieu à un traitement médical au cours des cinq dernières années ?*».

e. La F ASSURANCES SUR LA VIE a accepté la proposition d'O et a émis la police no XXX assurant les prestations suivantes : 100'000 fr. en cas de vie le 1<sup>er</sup> décembre 2028, 100'000 fr. en cas de décès avant cette date et 67'000 fr. par an jusqu'au 1<sup>er</sup> décembre 2028 à titre de rente pour incapacité de gain après un délai d'attente de 720 jours. En outre, O était libéré du paiement des primes après un délai d'attente de 90 jours en cas d'incapacité de gain.

Selon l'art. 4 des conditions générales d'assurance, la F

ASSURANCES SUR LA VIE pouvait être actionnée au for de son siège à Saint-Gall ou à celui du domicile du preneur d'assurance ou de l'ayant droit.

f. A la suite d'un accident de la circulation routière survenu le 16 décembre 1996, O a été en incapacité de travail à 100%, puis à 50% dès le 3 mars 1997.

Victime d'un autre accident de la circulation routière le 10 mars 1997, O a été à nouveau en incapacité de travail à 100%.

Ayant annoncé ces accidents à la F ASSURANCES SUR LA VIE, O a bénéficié de la libération du paiement des primes à concurrence de 50% dès 17 mars 1997, respectivement à 100% dès le 11 juin 1997.

---

Dès le 11 mars 1999, soit après l'écoulement du délai d'attente de deux ans à compter du second accident, la Y ASSURANCES, qui avait repris la F ASSURANCES SUR LA VIE, a versé à O une rente pour incapacité de gain. Elle a servi cette prestation jusqu'à la fin du mois de novembre 2002.

g. Par décision du 28 novembre 2001, l'Office cantonal de l'assurance invalidité a reconnu O invalide à 100%.

h. Le 10 décembre 2002, la Y ASSURANCES a informé O de ce qu'elle procédait à une révision de son incapacité de gain. A la demande de la société d'assurance, O lui a remis une procuration l'autorisant à prendre connaissance des données médicales le concernant, notamment auprès des médecins et de l'Office cantonal de l'assurance invalidité.

La Y ASSURANCES a reçu les rapports des Dr K et A décrivant leurs diagnostics et les traitements dispensés, respectivement les 12 et 13 mars 2003.

Par courrier du 17 mars 2003 adressé au conseil d'O, la Y ASSURANCES a déclaré se départir avec effet immédiat du contrat d'assurance précité en se prévalant d'une réticence; selon l'assureur, au vu des traitements dispensés par les Dr K et A, O avait répondu de façon inexacte aux questions de la proposition d'assurance relatives à son état de santé, notamment aux questions nos 9 et 18.

Le conseil d'O a contesté à répétées reprises l'existence d'une réticence. La Y ASSURANCES n'a pas modifié sa position, mais a renoncé au remboursement des prestations versées.

i. Par demande déposée le 26 octobre 2003, O a assigné la Y ASSURANCES devant le Tribunal de première instance. Il a conclu à la constatation de la nullité de la résolution de la police d'assurance, à la condamnation de la Y ASSURANCES au paiement de l'ensemble des prestations découlant de la police d'assurance, à la condamnation de cette dernière au paiement en sa faveur de 67'000 fr. par an du 10 juin 1997 au 1er décembre 2028 à titre d'incapacité de gain, un intérêt de 5% courant jusqu'au paiement des prestations dues, à la condamnation de la Y ASSURANCES au paiement en cas de vie le 1<sup>er</sup> décembre 2028 de 100'000 fr., ainsi qu'en cas de décès avant cette date, et à la constatation de la libération de l'obligation de payer les primes.

---

La Y ASSURANCES a conclu au déboutement de l'intégralité des conclusions d'O

- C. L'argumentation juridique des parties sera examinée ci-après dans la mesure utile.

### EN DROIT

1. 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, ce qui ouvre la voie de l'appel ordinaire; la Cour revoit en conséquence la cause avec un plein pouvoir d'examen (art. 22 al. 2, 24 LOJ; 291 LPC; SJ 1984 p. 466 consid. 1).

2. En principe, l'action en constatation de droit n'a qu'un caractère subsidiaire par rapport à l'action en exécution d'une prestation. Toutefois, l'action déclaratoire et l'action condamnatoire ne s'excluent pas toujours. Le demandeur peut avoir un intérêt indépendant à la constatation judiciaire, même quand l'action condamnatoire est possible, notamment s'il s'agit non seulement de recevoir une prestation exigible, mais encore de faire constater, pour la suite, la validité du rapport de droit qui est sa base (BERTOSSA/GAILLARD/GUYET/SCHMIDT, Commentaire de la loi de procédure civile genevoise, n. 3 ad art. 2).

En l'espèce, l'appelant sollicite la constatation de la nullité de la résolution de la police d'assurance, ainsi que la condamnation de l'intimée à exécuter l'ensemble des prestations découlant de la police, dont certaines ne seraient, le cas échéant, pas encore exigibles. Ainsi, l'appelant a un intérêt juridique à la constatation de l'existence de la validité du contrat d'assurance non seulement comme fondement des prestations exigibles, mais également pour d'éventuelles prestations futures. Ainsi, la demande de l'appelant, en tant qu'il sollicite la constatation de la nullité de la résolution du contrat d'assurance et, partant, celle de la validité dudit contrat, est recevable.

3. 3.1 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 être connus lors de la conclusion du contrat (art. 4 al. 1 LCA); 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 réputés importants les faits au sujet desquels l'assureur a posé par écrit des questions précises, non équivoques (art. 4 al. 3 LCA). Cette dernière présomption tend à faciliter la preuve de l'importance d'un fait pour la conclusion du contrat aux conditions prévues, en renversant le

---

fardeau de la preuve (ATF 118 II 333 consid. 2a). Le proposant ne doit faire de déclarations que dans la mesure des questions posées par l'assureur (NEF, op. cit., n. 23 ad art. 4 LCA). Ainsi, le proposant n'a pas à donner des informations spontanément. Le défaut de toute question de la part de l'assureur au sujet de tel ou tel fait laisse présumer qu'aucune réticence ne saurait être invoquée à l'encontre de celui qui serait demeuré muet sur un fait qui ne tombe sous le coup d'aucune question de l'assureur (ATF 5C.5/2005 du 23 juin 2005 consid. 2.2). De même, un faux renseignement, alors qu'aucune question correspondante n'a été posée, demeure sans conséquence (NEF, op. cit., n. 23 ad art. 4 LCA).

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. 3a; ATF 116 II 338 consid. 1a). Pour l'assurance vie, constituent des faits importants pour l'appréciation du risque toutes les circonstances qui concernent l'état de santé passé ou présent du proposant (NEF, op. cit., n. 17 ad art. 4 LCA). Ainsi, les traitements subis sont de nature à influencer sur l'évaluation du risque par l'assureur (RBA XV no 19).

Pour juger si le proposant a rempli ou non ses obligations quant aux déclarations à faire, ce qui est finalement décisif, 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 (ATF 118 II 333 consid. 2a et 2b).

Il appartient à l'assureur de prouver que le proposant connaissait ou devait connaître les faits importants pour l'appréciation du risque. Il doit en outre apporter la preuve de la réticence (NEF, op. cit., n. 43 ad art. 4 LCA et n. 14 ad art. 6 LCA).

**3.2** Selon l'intimée, est constitutive de la réticence, sa déclaration de l'appelant selon laquelle il n'aurait suivi aucun traitement relatif à un rhumatisme léger.

En l'espèce, la question no 19 de la proposition d'assurance portait sur les précisions relatives en cas de réponse positive à la question no 9 concernant l'existence d'affections de la colonne vertébrale, d'un rhumatisme ou d'une sciatique. Les dites précisions concernaient sans ambiguïté le genre de la maladie, d'infirmité ou de lésion, le traitement dispensé ou l'opération pratiquée, ainsi que la durée de l'affection et du traitement, l'éventuelle guérison et les suites de l'atteinte à

la santé. En outre, il y avait lieu d'indiquer le médecin ou l'hôpital consultés. Ainsi, le questionnaire interrogeait notamment l'appelant de façon claire sur l'existence de traitements au sujet de l'atteinte à la santé qu'il avait annoncée, ce d'autant plus que la question no 18 s'enquerrait également sur l'existence de traitement médical pour des atteintes à la santé non explicitement mentionnées dans le questionnaire.

A cet égard, le Dr A a diagnostiqué une spondylarthrite séro-négative qu'il a décrite à l'appelant comme un rhumatisme léger. Pour cette affection, il lui a prescrit un traitement médicamenteux, ainsi qu'une mobilisation en piscine. Ayant consulté ce praticien à quatre reprises pour l'affection considérée, l'appelant ne pouvait ainsi de bonne foi déclarer qu'il n'avait bénéficié d'aucun traitement.

Il en va même du traitement dispensé par le Dr K

Dans la mesure où l'appelant avait consulté également le Dr A pour le même problème de santé, le caractère médical des soins prodigués par le chiropraticien ne pouvait lui échapper. Bien que ce dernier lui ait expliqué procéder à la remise en forme de son dos, l'appelant ne pouvait assimiler ce traitement à des pures mesures de confort, dès lors que ce traitement avait été couvert par son assurance maladie. Peu importe à cet égard que la cause de l'atteinte à la santé de l'appelant ait pu avoir comme origine son activité professionnelle. Enfin, la fréquence des séances et le fait que la dernière consultation avait eu lieu à peine plus de deux semaines avant l'établissement de la proposition ne permettait pas à l'appelant de taire ce traitement.

Au vu de ce qui précède, en indiquant qu'aucun traitement n'avait été subi pour le rhumatisme léger, l'appelant a répondu de façon inexacte au questionnaire de l'intimée et, partant, a commis une réticence.

4. 4.1 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). Le délai légal ne court qu'à partir de la connaissance de la réticence, et ne dépend nullement de la question de savoir si, en prêtant l'attention usuelle, l'assureur eût du connaître plus tôt la réticence (ATF 118 II 3a). La preuve du respect du délai pour se départir du contrat incombe à l'assureur. Il est loisible au preneur d'assurance d'en apporter la contre preuve (NEF, Commentaire bâlois, 2001, n. 26 ad art. 6 LCA).

4.2 L'intimée fonde sa connaissance de la réticence de l'appelant sur les rapports des Dr K et A décrivant leurs diagnostics et les traitements qu'ils ont dispensés. Ces rapports ont été reçus par

---

l'intimée respectivement les 12 et 13 mars 2003, faits non contestés par l'appelant, de sorte qu'en se départissant du contrat le 17 mars 2003, l'intimée a en principe exercé son droit dans le délai légal.

L'appelant allègue toutefois que l'intimée aurait eu connaissance de l'ensemble de son dossier médical bien avant mars 2003, dès lors qu'elle avait servi les prestations convenues dès mars 1999 et qu'elle avait été tenue informée de l'évolution de la procédure relative aux prestations de l'assurance invalidité.

En l'espèce, il n'est nullement établi que l'intimée avait eu connaissance des informations précises sur lesquelles elle fonde la réticence, du fait qu'elle avait servi une rente pour incapacité de gain à partir de mars 1999. De même, il n'est pas démontré qu'elle avait eu accès aux dossiers médicaux de la procédure de l'assurance invalidité et que ceux-ci contenaient lesdites informations. Quoi qu'il en soit, la question de savoir si l'intimée aurait pu accéder à ces informations en prêtant l'attention nécessaire est sans pertinence. Ainsi, le délai de quatre semaines a été respecté par l'intimée.

5. L'appelant considère que l'intimée n'était pas fondée à se départir du contrat, puisque au moment du sinistre les traitements des Dr K  
et A  
avaient pris fin.

5.1 Malgré la réticence, l'assureur ne pourra pas se départir du contrat, si le fait qui a été l'objet de la réticence a cessé d'exister avant le sinistre (art. 8 ch. 1 LCA). Cette disposition se réfère à des faits temporaires ou fluctuants, qui ne se sont pas définitivement accomplis (NEF, op. cit., n. 15 ad art. 4 LCA et n. 4 ad art. 8 LCA). Par conséquent, ne peuvent cesser d'exister les faits qui sont une fois pour toutes établis (ROELLI/KELLER, Kommentar zum Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, 1962, p. 152). Ainsi, lorsque l'obligation de déclaration porte sur des faits passés, tels des maladies ou des séjours en hôpital, ceux-ci ne peuvent cesser d'exister (RBA VIII no 41; RBA V no 79). Il en va de même des traitements suivis.

5.2 En l'espèce, la réticence porte sur les traitements suivis par l'appelant; il s'agit de faits entièrement accomplis dans le passé qui ne peuvent ainsi avoir cessé d'exister. Ainsi, l'appelant ne saurait se prévaloir de la fin des traitements pour contester à l'intimée le droit de se départir du contrat.

6. L'appelant prétend avoir informé l'agent d'assurance lors de la rédaction de la proposition d'assurance des traitements dispensés par le chiropraticien.

6.1 Selon l'art. 8 ch. 3 et 4 LCA, l'assureur n'est pas déchu du droit de se départir du contrat seulement lorsqu'il connaissait le fait qui n'a pas été déclaré ou qui a été déclaré inexactement, c'est-à-dire qui a été l'objet d'une réticence, mais égale-

---

ment lorsqu'il devait le connaître (ATF 111 II 388 consid. 3c/bb). Le moment déterminant de la connaissance est la conclusion du contrat. L'assureur doit se laisser opposer le contrat comme l'a conclu l'agent stipulateur. Il s'ensuit que l'assureur doit se laisser imputer la connaissance des faits, objet de la réticence, que l'agent stipulateur connaissait ou devait connaître (NEF, op. cit., n. 25 ad art. 8 LCA).

6.2 En l'espèce, l'appelant perd de vue que la réticence porte également sur le traitement dispensé par le Dr A . Or, il n'allègue pas avoir renseigné l'agent à ce propos. Par ailleurs, il n'est pas établi que l'agent ait été nanti du pouvoir de conclure le contrat ou ait été chargé de procéder à l'évaluation du risque, pas plus qu'il n'est prouvé que l'appelant ait informé l'agent du traitement du chiropraticien, l'appelant n'ayant pas fait porter l'administration des preuves sur ces faits devant le Tribunal.

7. Enfin, l'appelant considère que l'intimée ne pouvait résoudre le contrat puisqu'il n'avait pas répondu à toutes les questions de la proposition.

7.1 Malgré la réticence, l'assureur ne pourra pas se départir du contrat, si le proposant ne répond pas à l'une des questions posées et que, néanmoins, l'assureur a conclu le contrat. Cette règle ne s'applique pas lorsque, d'après les autres communications du déclarant, la question doit être considérée comme ayant reçu une réponse dans un sens déterminé et que cette réponse apparaît comme une réticence sur un fait important que le déclarant connaissait ou devait connaître (art. 8 ch. 6 LCA). Cette disposition vise le cas où il n'a été répondu ni expressément ni tacitement à une question de l'assureur. La question de savoir si le preneur d'assurance a répondu de façon tacite s'examine à la lumière des autres déclarations selon le principe de la confiance (NEF, op. cit., n. 32 et 33 ad art. 8 LCA).

7.2 En l'espèce, l'appelant ayant déclaré qu'il n'y avait pas eu de traitement de son rhumatisme léger, il tombe sous le sens qu'il était parfaitement inutile qu'il précise quand et durant combien de temps le traitement avait été dispensé. De même, dans ces circonstances, les questions sur la guérison, les suites de l'atteinte à la santé et l'identité des médecins ayant administré le traitement devenaient sans objet. En d'autres termes, l'absence de réponse à ces questions ne confirmait que la déclaration de l'appelant sur l'inexistence de traitement.

8. Au vu de ce qui précède, le jugement entrepris sera confirmé. L'appelant, qui succombe, sera condamné en tous les dépens (art. 176 al. 1 LPC).

\* \* \* \* \*

**PAR CES MOTIFS**

**LA COUR :**

**A la forme :**

Déclare recevable l'appel interjeté par O contre le jugement JTPI/5769/2005 rendu le 12 mai 2005 par le Tribunal de première instance dans la cause C/22925/2003-1.

**Au fond :**

Confirme ce jugement.

Condamne O en tous les dépens d'appel, lesquels comprennent une indemnité de procédure de 2'500 fr.

Déboute les parties de toutes autres conclusions.

**Siégeant :**

Madame Marguerite JACOT-DES-COMBES, présidente; Monsieur François CHAIX et Monsieur Daniel DEVAUD, juges; Monsieur Jean-Daniel PAULI, greffier.

La présidente :

Marguerite JACOT-DES-COMBES

Le greffier :

Jean-Daniel PAULI