

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

C/23586/2003

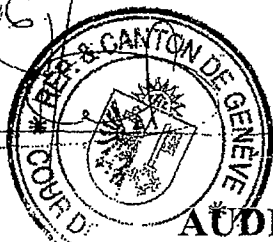
ACJC/1521/2005

ARRÊT

DE LA COUR DE JUSTICE

Chambre civile

statuant par voie de procédure ordinaire



AUDIENCE DU VENDREDI 16 DECEMBRE 2005

Entre

Monsieur X

appellant d'un

jugement rendu par la 5ème Chambre du Tribunal de première instance de ce canton le 19 mai 2005, comparant par Me Mauro Poggia, avocat, rue De-Beaumont, 1206 Genève, en l'étude duquel il fait élection de domicile aux fins des présentes,

Et

Y

VIE SA,

intimée, comparant par Me Michel Bergmann, avocat, rue de Hesse 8-10, 1204 Genève, en l'étude duquel elle fait élection de domicile,

Le présent arrêt est communiqué aux parties par plis recommandés, ainsi qu'au Tribunal de première instance par plis simple le 20.12.2005.

EN FAIT

- A. Par jugement JTPI/6339/2005 notifié le 26 mai 2005 et reçu le lendemain par les deux parties, le Tribunal de première instance a débouté X des fins de l'action en constatation de droit qu'il avait dirigée contre la Y VIE, tout en le condamnant aux dépens.

Par mémoire posté le 27 juin 2005, X fait appel de cette décision, priant la Cour de la mettre à néant, puis de constater que la police d'assurance de prévoyance liée no XXX du 6 octobre 1999 était toujours en vigueur, et de dire qu'il était libéré du paiement des primes dès le 20 janvier 2001 et jusqu'au 1er octobre 2010, sous suite de dépens.

La Y VIE (ci-après : la Y , ou l'Assurance) conclut au rejet de l'appel et à la confirmation de la décision querellée, sous suite de dépens.

- B. La Cour tient les faits suivants pour établis :

a) X , né le 14 juillet 1946, est venu en Suisse romande en 1970. Le français est sa langue de travail depuis 20 ans. Il dit savoir lire en français des textes simples.

En 1992, X a été victime d'un lumbago ayant nécessité un arrêt de travail d'un mois.

A cette époque, il travaillait aux HUG en qualité d'aide hospitalier. A ce titre, il était assuré en LAA (assurance obligatoire contre les accidents professionnels) auprès de la Y ASSURANCES, police no YYY .

b) Le 28 novembre 1994, il a conclu un contrat d'assurance de prévoyance liée no ZZZ avec la Y VIE (qui prenait effet le 1er décembre 1994).

Le même jour, X et S , agent d'assurances et conseiller chez Y , ont signé un document intitulé «Données concernant la personne à assurer». Ce document comprend notamment des questions concernant l'état de santé de X

Du 9 au 26 mars 1995, à la suite d'un accident professionnel, X a été dans l'incapacité totale de travailler. Il a consulté deux fois le Dr K pour des dorsolombalgies.

c) Sur demande de X , la police de prévoyance no ZZZ a été remplacée par une nouvelle police du 10 décembre 1996 portant le même numéro. Cette nouvelle police le libérait du paiement des primes dès le 1er janvier 1997,

l'assuré bénéficiant d'un capital de 12'192 fr. en cas de vie au 1er décembre 2011(ou du même capital en cas de décès avant cette date). Le statut juridique de cette police n'est pas présentement litigieux..

d) Le 5 octobre 1999, X a signé une nouvelle proposition de police d'assurance de prévoyance liée no XXX avec la Y . La police comprenait les éléments suivants :

- entrée en vigueur le 1er octobre 1999;
- versement d'un capital en cas de vie le 1er octobre 2011 (ou en cas de décès avant le 1er octobre 2011) de 65'058 fr.;
- en cas d'incapacité de gain, libération du paiement de l'ensemble de la prime (5'800 fr. par an jusqu'au 1er octobre 2010), après un délai d'attente de 12 mois.

Le même 5 octobre 1999, X et S , agent d'assurances et conseiller chez Y , ont signé un document intitulé «Données concernant la personne à assurer». Ce document comprend notamment des questions concernant l'état de santé du proposant, parmi lesquelles figuraient entre autres celles-ci :

«Les questions 9 à 13 ne se réfèrent qu'aux dix dernières années :

9. Avez-vous ou avez-vous eu l'une des affections ou l'un des troubles suivants : arthrose, asthme, affections des yeux, bronchite, épilepsie, ulcères, goutte, troubles cardiaques, hypertension, cancer, paralysie, sclérose en plaques, diminution des facultés visuelle ou auditive non corrigée, calculs rénaux, troubles psychiques, rhumatisme, dysfonctionnement de la glande thyroïde, attaques, affections de la colonne vertébrale [sic !], diabète ou autres maladies et troubles ?

10. Avez-vous dû cesser entièrement ou partiellement de travailler pendant plus de 2 semaines ou avez-vous déjà été opéré ou avez-vous séjourné dans un hôpital/établissement de cure ? Une opération/un examen ou un séjour en hôpital/établissement de cure sont-ils prévus ou ont-ils été recommandés ?

11. [...]

12. Suivez-vous un traitement médical ou avez-vous dû vous faire soigner, observer, conseiller ou contrôler pendant plus de 2 semaines ?

13. [...].»

Pour les questions 9 à 13, les cases «NON» ont été cochées. Tout en bas de la même page que celle où se trouvent ces questions 9 à 13 figurent les deux signatures de X et S

e) Le 20 janvier 2000, X a été victime d'un accident domestique; selon la description faite à l'assurance LAA, l'accident a eu lieu alors qu'il était monté sur un tabouret pour changer une ampoule; la chaise ayant bougé et, tenant le plafonnier en verre dans la main, X a chu en arrière et tapé de la tête violemment au sol où il est resté sans connaissance pendant environ un quart d'heure.

A une date indéterminée, mais se situant entre le 20 janvier 2000 et début avril 2001, X a fait valoir ses droits auprès de la Y, c'est-à-dire d'être libéré du paiement de la prime annuelle de 5'800 fr. jusqu'au 1^{er} octobre 2010, pour la police no XXX conclue en dernier lieu.

Le 7 mars 2001, le Dr K a rempli le certificat médical destiné à la Y (reçu par l'Assurance à une date indéterminée, le tampon étant illisible, enveloppe postée le 8 mars 2001); le 22 mars 2001, il a rempli le questionnaire médical destiné à la Y (reçu par l'Assurance le 26 mars 2001).

Le certificat médical comporte le diagnostic suivant : status après traumatisme crânio-cérébral avec commotion et contusions dorsolombaires. Le pronostic, qui s'étend sur une page complète, commence comme suit :

"L'évolution est défavorable. Lorsqu'il est venu me consulter, il se plaignait de céphalées occipitales, nausées, vomissements, vertiges, troubles visuels, troubles de l'équilibre, instabilité et insécurité à la marche, malaises atypiques, insomnies, nervosité, irritabilité. A ma demande il a été examiné le 3 mars 2000 par le Dr. A. Birchler qui conclut à un syndrome subjectif post-traumatique avec les signes cliniques d'une décompensation dépressivo-anxieuse ...".

f) Le 5 avril 2001, la Y a écrit à X pour lui faire part de son intention de se départir du contrat.

Cette missive commence comme suit :

"En consultant les documents en notre possession, nous avons constaté que, peut-être par mégarde, il n'est fait aucune mention de troubles dorso-lombaires sur la proposition du 5 octobre 1999 concernant cette assurance."

Plus loin, l'Assurance soulignait le fait que des réponses «NON» avaient été fournies aux questions 9, 10 et 12 du formulaire du 5 octobre 1999 et que si des réponses exactes et complètes avaient été données, le contrat d'assurance n'aurait pas pu être conclu aux conditions convenues.

L'Assurance terminait comme suit :

"En conséquence, vous ne bénéficiez désormais d'aucune prestation d'assurance. Cette décision n'est toutefois pas irrévocable, car nous prenons des renseignements complémentaires pour nous permettre de déterminer si, et sous quelles conditions, nous pourrions remettre l'assurance en vigueur."

g) Par décision du 23 janvier 2002 de l'Assurance invalidité fédérale (AI), X a reçu une rente entière d'invalidité, de 1'276 fr. par mois, à partir du 1er février 2002.

Cette décision spécifiait encore que "une nouvelle décision vous parviendra ultérieurement pour la période de janvier 2001 à janvier 2002 (attente de décompte HUG)".

h) Par courrier du 22 février 2002 adressé au conseil de X, la Y a confirmé que l'étude approfondie du dossier lui imposait de se départir définitivement du contrat, indiquant que le proposant avait droit à la valeur de rachat de l'assurance.

Le 20 juin 2002, le conseil de X a écrit à la Y ASSURANCES, estimant que l'incapacité de travail de X ne découlait pas de troubles dorsolombaires, que la Y ASSURANCES connaissait déjà les troubles de ce type survenu chez cet assuré depuis 1995 (dans le cadre de l'accident professionnel) et qu'elle ne saurait donc se départir du contrat selon l'art. 8 ch. 3 LCA.

Le 25 juin 2002, la Y a répondu au conseil de X en indiquant que son appréciation du cas n'était pas modifiée; elle a également précisé que Y VIE et Y ASSURANCES étaient deux entités juridiques distinctes. Elle a de plus estimé avoir le droit d'annuler définitivement le contrat, même si l'incapacité actuelle n'était pas en relation avec l'affection médicale qui n'avait pas été déclarée lors de la conclusion de la police.

Divers autres courriers ont suivi entre le conseil et l'Assurance, qui n'ont cependant pas permis de rapprocher les parties.

Par assignation du 3 novembre 2003, X a conclu que le Tribunal constate que la police de prévoyance no XXX du 6 octobre 1999 était toujours en vigueur et que par conséquent il était libéré du paiement des primes depuis le 20 janvier 2001 jusqu'au 1er octobre 2010.

A noter encore que les parties ont conclu, devant le premier juge, l'accord de procédure suivant : "nous sommes d'accord que le Tribunal instruisse et tranche, dans un premier temps la question d'éventuelle réticence, et le cas échéant ensuite, nous interpelle sur une éventuelle expertise."

-
- C. Des enquêtes ordonnées par le Tribunal, il ressort que :
- K , médecin traitant de X , confirme avoir été consulté deux fois en 1995 (pour l'accident professionnel), puis plus du tout jusqu'au 28 février 2000. Selon les explications du patient, il avait consulté le Dr P après l'accident domestique du 20 janvier 2000. Depuis lors, le patient vient le consulter régulièrement une fois par mois.
 - S , agent de l'Assurance, a confirmé avoir rempli de sa main le questionnaire, en cochant au fur et à mesure les cases en présence du proposant, en le rendant attentif à l'exactitude des réponses et aux conséquences de l'inexactitude. A son souvenir, X comprenait parfaitement le français et les questions posées.
- D. Les arguments juridiques des parties seront examinés ci-dessous, dans la mesure du nécessaire.

EN DROIT

1. Interjeté dans le délai et la forme prévus par la loi, l'appel est recevable (art. 296 et 300 LPC).

Vu la nature de la cause, portant sur une valeur pécuniaire indéterminée, mais en tout cas supérieure à 8'000 fr. en capital, le Tribunal a statué en premier ressort (art. 22 al. 2 LOJ), de sorte que le pouvoir d'examen de la Cour n'est pas limité par l'art. 292 LPC.

2. 2.1. Aux termes de l'art. 4 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'ils lui sont ou doivent lui être connus lors de la conclusion du contrat (al. 1).

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 (al. 2).

Sont réputés importants les faits au sujet desquels l'assureur a posé par écrit des questions précises, non équivoques (al. 3). 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 et les références citées).

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 et les arrêts cités).

2.2. Selon l'art. 6 LCA, si, lors de la conclusion du contrat d'assurance, celui qui devait faire la déclaration a 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.

Il résulte du texte de l'art. 4 LCA, auquel renvoie l'art. 6 LCA, que la personne astreinte à la déclaration des risques n'a pas à donner spontanément des informations; le défaut de toute question de la part de l'assureur au sujet de tel ou tel fait laisse présumer que ce fait n'est pas important; la preuve du contraire n'est pas recevable, de sorte 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 (VIRET, Droit des assurances privées, 3e éd., 1991, p. 100; MAURER, Privatversicherungsrecht, 2e éd., 1995, p. 251; ROELLI/KELLER, Kommentar zum Schweizerischen Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908, Band I, 2e éd., 1968, p. 1001 s.; NEF, BAKO, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, 2001, n. 23 ad art. 4 LCA et les références citées).

2.3. Pour être valable, la déclaration par laquelle l'assureur se départit du contrat en raison d'une réticence (art. 6 LCA) doit décrire de manière circonstanciée le fait important non déclaré ou inexactement déclaré; elle doit mentionner la question qui a fait l'objet d'une réponse inexacte (ATF 129 III 713 consid. 2.1). Elle doit en outre intervenir dans les 4 semaines à partir du moment où l'assureur a eu connaissance de la réticence (art. 6 LCA). Il s'agit d'un délai de péremption, dont il appartient à l'assureur de prouver le respect (ATF 118 II 333 consid. 3 p. 338).

3. En l'espèce, il convient de savoir si X a apporté, ou non, la preuve que l'Assurance aurait néanmoins conclu le contrat litigieux si elle avait su qu'il avait été soigné pour maux de dos en 1995 et avait subi une incapacité de travail de plus de deux semaines en 1992.

3.1. Les questions y relatives ont le libellé suivant :

9. Avez-vous ou avez-vous eu l'une des affections ou l'un des troubles suivants : arthrose, asthme, affections des yeux, bronchite, épilepsie, ulcères, goutte, troubles cardiaques, hypertension, cancer, paralysie, sclérose en plaques, diminution des facultés visuelle ou auditive non corrigée, calculs rénaux, troubles psychiques, rhumatisme, dysfonctionnement de la glande thyroïde, attaques, affections de la colonne vertébrale, diabète ou autres maladies et troubles ?

10. Avez-vous dû cesser entièrement ou partiellement de travailler pendant plus de 2 semaines ou avez-vous déjà été opéré ou avez-vous séjourné dans un hôpital/établissement de cure ? Une opération/un examen ou un séjour en hôpital/établissement de cure sont-ils prévus ou ont-ils été recommandés ?

12. Suivez-vous un traitement médical ou avez-vous dû vous faire soigner, observer, conseiller ou contrôler pendant plus de 2 semaines ?

A ce stade de l'examen, la Cour estime que les deux seules questions précises et non équivoques sont celles figurant sous chiffres 10 et 12 pour la période de dix ans antérieure à la signature de la proposition. La question 9 est imprécise et équivoque parce qu'elle recouvre toute affection ou trouble des fonctions vitales et accessoires, y compris les malaises purement passagers et secondaires ("...ou autres maladies et troubles ?").

3.2. Il faut cependant constater que les réponses aux questions 10 et 12 ne sont pas conformes à la réalité dans la mesure où X admet avoir été victime d'un lumbago en 1992 et d'un accident professionnel en 1995, et que, dans ces deux cas, il a été mis en arrêt de travail pendant plus de deux semaines.

3.3. A l'avis de la Cour, ces deux réponses inexactes ne constituent pas des réticences au sens de la LCA, car il faut encore que ces contrevérités soient causales, en ce sens qu'elles constituent des éléments qui doivent être pondérés lors de l'appréciation du risque et qui peuvent éclairer l'assureur au sens de la jurisprudence précitée.

3.3.1. Au vu des pièces du dossier, ce n'est pas la présentation incomplète des faits passés qui a influencé la décision de l'Assurance de conclure le contrat, mais bien plutôt le futur sombre réservé à son assuré qui l'a décidée à se départir du contrat.

En effet, en présence d'un syndrome subjectif post-traumatique avec décompensation anxio-dépressive, il devenait certain que l'assuré allait perdre sa capacité de travail pour une longue durée, de sorte que le paiement des primes en souffrirait.

C'est, en réalité, ce pronostic défavorable (décrit sur une page dans le certificat médical du 7 mars 2001) qui a conduit l'Assurance à se départir du contrat, et non pas les douleurs dorso-lombaires évoquées dans sa lettre du 5 avril 2001, d'autant que le diagnostic était non équivoque (status après traumatisme crânio-cérébral, ce qui, *prima facie*, exclut toute atteinte dorso-lombaire).

Cette importante péjoration, largement documentée, de la situation future de l'assuré rend invraisemblable le point de vue de l'Assurance qui prétend qu'elle n'aurait pas conclu le contrat si elle avait su que X avait subi deux arrêts de travail de plus de deux semaines dans les dix ans précédant la signature de la proposition.

3.3.2. D'autant moins encore que l'incapacité actuelle de travail de l'assuré n'est pas la résultante de troubles dorso-lombaires tels qu'allégués dans la lettre de

l'Assurance du 5 avril 2001, mais d'une chute avec choc sur l'arrière de la tête, avec perte de connaissance, comme décrit dans le certificat médical.

3.3.3. A cet égard, il convient encore de relever que les dorso-lombalgies consécutives aux affections passées n'ont jamais été qualifiées médicalement de chroniques ou récidivantes.

Ce qui fait que la Cour est confortée dans son appréciation : pour un professionnel, le pronostic de syndrome post-traumatique consécutif à un accident avec chute (Sturzereignis, cf. ATF n.p. U 191/04 du 12 août 2005, consid 5.1. en allemand), voire d'un "coup du lapin" (Schleudertrauma, ou encore traumatisme crânio-cérébral, ATF n.p. U 49/04 du 10 février 2005, consid. 4.2) constitue un risque certain et mesurable, ce qui n'est manifestement pas le cas des deux épisodes omis par le proposant.

3.3.4. C'est donc abusivement que l'Assurance fait valoir une réticence, alors que l'omission n'avait en réalité aucune influence sur le calcul du risque à assurer, puisque la situation de santé actuelle trouve sa cause dans un accident survenu postérieurement à la signature de la proposition, et non pas dans un mauvais état de santé, préexistant et caché.

4. Il convient donc de modifier la décision querellée et de constater que la police d'assurance de prévoyance no XXX du 6 octobre 1999 liant Petar PEJIC à la Y est toujours en vigueur.

S'agissant du dies a quo de la libération des primes, il n'est pas possible, sur la base des pièces produites de déterminer exactement le moment à partir duquel X s'est trouvé dans une incapacité de gain totale (notion qui peut être différente de celle de la capacité de travail), au sens des conditions générales EU/1 annexées à la police.

Raison pour laquelle la cause sera renvoyée en première instance.

5. L'Assurance, succombant sur le principe, sera condamnée aux dépens de première instance et d'appel, lesquels comprendront une unique indemnité de procédure de 6'000 fr. valant participation aux honoraires d'avocat de X .

La procédure étant renvoyée au Tribunal pour fixer le dies a quo, il lui appartiendra de fixer les dépens consécutifs à cette décision partielle.

PAR CES MOTIFS,

LA COUR :

A la forme :

Déclare recevable l'appel interjeté par X contre le jugement JTPI/6339/2005 rendu le 19 mai 2005 par le Tribunal de première instance dans la cause C/23586/2003-5.

Au fond :

Annule et met à néant ledit jugement.

Cela fait, statuant à nouveau :

Dit et constate que l'assurance de prévoyance liée no XXX du 6 octobre 1999, liant X à Y VIE est toujours en vigueur.

Dit qu'il est libéré du paiement des primes de ladite assurance

Condamne Y VIE aux dépens de première instance et d'appel, lesquels comprennent une unique indemnité de procédure de 6'000 fr. valant participation aux honoraires d'avocat de X

Cela fait :

Renvoie la cause au Tribunal de première instance pour fixer le dies a quo de la libération des primes.

Réserve le sort de dépens de première instance sur la question du dies a quo.

Déboute les parties de toutes autres conclusions sur réticence.

Siégeant :

Monsieur Louis PEILA, président; Monsieur Stéphane GEIGER, Madame Laura JACQUEMOUD-ROSSARI, juges; Madame Nathalie DESCHAMPS, greffière.

Le président :

Louis PEILA

La greffière :

Nathalie DESCHAMPS