

Bundesgericht

Tribunal fédéral

Tribunale federale

Tribunal federal



{T 0/2} 5C.
270/2005 /fzc

Arrêt du 20 février 2006

Ile Cour civile

Composition

MM. et Mme les Juges Raselli, Président,
Nordmann et Marazzi.
Greffier: M. Abrecht.

Parties

X. _____ Assurances,
défenderesse et recourante, représentée par Me Douglas
Hornung, avocat,

contre

Y.
demanderesse et intimée, représentée par Me J.-Potter
van Loon, avocat.

Objet

contrat d'assurance,

recours en réforme contre l'arrêt de la Chambre civile de
la Cour de justice du canton de Genève du 16 septembre
2005.

Faits:

A.

Le 9 février 1999, Y._____ a été opérée aux Hôpitaux universitaires de Genève d'un by-pass gastrique par le D' A._____. Elle a, par la suite, été régulièrement suivie par ce médecin, conformément au schéma de suivi usuel pour ce genre d'intervention. Elle était aussi suivie par son médecin traitant, le **Dr B.**, qu'elle consultait également pour des problèmes de dépression nécessitant un soutien régulier avec prise d'antidépresseurs et d'anxiolytiques.

B.

Le 17 mars 2000, Y._____ a rempli avec un agent d'assurance une déclaration d'admission à une assurance perte de gain maladie pour entreprises auprès de X. Assurances (ci-après : l'Assurance). Dans le cadre du questionnaire médical contenu dans cette déclaration, elle a donné notamment les réponses suivantes (en italique ci-après) :

"a) Êtes-vous actuellement en parfaite santé? *Oui.*

b) Êtes-vous actuellement sous contrôle médical? *Non.*

c) Avez-vous subi au cours des 5 dernières années des contrôles médicaux, tels que radiographies, scanner, ECG, analyses de sang, etc.? Quand, auprès de quel médecin/hôpital (adresse exacte), résultat? *Oui, 1999, Dr A._____, HUG Genève, sans suite.*

g) Avez-vous déjà subi une opération ou avez-vous été soigné dans un établissement hospitalier ou avez-vous suivi une cure? Où, laquelle, quand, durée, pourquoi? *Oui, By-pass gastrique, voir réponse c, Dr A. HUG.*

o) Avez-vous consulté, au cours des 5 dernières années, un médecin qui n'est pas mentionné dans cette proposition? *Non."*

L'Assurance a accepté la proposition d'assurance et a émis la police y relative le 6 avril 2000. Cette police prévoyait en cas de maladie ou d'accident le versement, durant 730 jours sous déduction d'un délai d'attente de 7 jours, d'une indemnité journalière couvrant 100% du gain journalier, déterminé sur la base du gain annuel assuré de 72'000 fr.

Le 26 juillet 1999, Y._____ avait signé auprès du même assureur une proposition d'assurance-vie, dans laquelle elle avait déclaré avoir subi en 1999 un check-up auprès du **Dr B.**

C.

Le 6 juin 2000, dans le cadre d'une consultation qui ne s'inscrivait pas dans le planning du suivi de l'opération, le Dr A. a observé une éventration, à savoir une hernie sur la cicatrice du by-pass gastrique. Une nouvelle intervention chirurgicale s'avérait nécessaire, mais pas urgente; elle a été planifiée pour être exécutée le 26 juillet 2000.

En raison de cette nouvelle opération, Y._____ a été dans l'incapacité de travailler à 100% du 20 juillet 2000 au 1^{er} janvier 2001, puis à 50% du 2 janvier au 14 juin 2001 inclus. L'Assurance lui a versé des indemnités journalières, à hauteur de 198 fr. par jour, du 27 juillet au 31 octobre 2000, mais n'en a versé aucune pour la période allant du 1^{er} novembre 2000 au 14 juin 2001.

D.

Par courrier du 27 novembre 2000, l'Assurance a déclaré se départir du contrat et a réclamé la restitution des prestations versées, en invoquant une réticence. Elle a expliqué avoir appris, dans le cadre d'un rapport établi par l'un de ses inspecteurs qui avait interrogé Y. le 7 novembre 2000, que l'intervention du 26 juillet 2000 faisait suite à des troubles remontant à décembre 1999, et elle a reproché à son assurée d'avoir caché ces éléments lors de la conclusion du contrat. Y. s'est opposée à cette résolution du contrat par courrier du 15 décembre 2000.

En mai 2001, l'Assurance s'est interrogée sur les raisons des prises médicamenteuses de Y._____. Le 11 octobre 2001, son médecin-conseil s'est adressé au **Dr B.**_____ pour qu'il lui indique notamment les raisons de ces prescriptions. Par pli du 29 octobre 2001 à l'Assurance, le **Dr B.** a exposé qu'à côté de l'intervention chirurgicale pour obésité effectuée le 9 février 1999, sa patiente souffrait d'un état dépressivo-anxieux réactionnel à un fort conflit avec sa fille et au suicide de son ex-mari, père de l'adolescente, nécessitant soutien et traitement antidépresseur et anxiolytique.

Par courrier du 8 février 2002, l'Assurance a confirmé à Y._____ la dénonciation de son contrat d'assurance, en faisant notamment allusion à son suivi régulier auprès du **D B.** et aux traitements médicamenteux prescrits par ce dernier.

E.

Par demande du 27 novembre 2002, Y. a actionné l'Assurance devant le Tribunal de première instance du canton de Genève en paiement des indemnités journalières pour la période allant du 1^{er} novembre 2000 au 14 juin 2001. La défenderesse s'est opposée à cette demande par réponse du 28 mars 2003; elle a exposé s'être valablement départie du contrat pour le motif que la demanderesse avait omis de lui déclarer, lors de la conclusion du contrat, qu'elle souffrait de douleurs abdominales et d'une dépression.

Par jugement du 21 octobre 2004, le Tribunal a condamné la défenderesse, avec suite de dépens, à verser à la demanderesse les sommes de 5'940 fr. avec intérêts à 5% l'an dès le 1^{er} décembre 2000, 6'138 fr. avec intérêts à 5% l'an dès le 1^{er} janvier 2001, 198 fr. avec intérêts à 5% l'an dès le 1^{er} février 2001, 2'970 fr. avec intérêts à 5% l'an dès le 1^{er} février 2001, 2'772 fr. avec intérêts à 5% l'an dès le 1^{er} mars 2001, 3'069 fr. avec intérêts à 5% l'an dès le 1^{er} avril 2001, 2'970 fr. avec intérêts à 5% l'an dès le 1^{er} mai 2001, 3'069 fr. avec intérêts à 5% l'an dès le 1^{er} juin 2001 et 1'386 fr. avec intérêts à 5% l'an dès le 1^{er} juillet 2001.

F.

Ce jugement a été confirmé, sur appel de la défenderesse, par arrêt rendu le 16 septembre 2005 par la Chambre civile de la Cour de justice du canton de Genève, dont la motivation est en substance la suivante :

F.a L'art. 4 LCA prescrit, en règle générale s'agissant des déclarations obligatoires lors de la conclusion du contrat, que 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. Selon l'art. 6 LCA, si l'assuré a omis de déclarer ou inexactly 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. Selon la jurisprudence, ce qui est 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, les renseignements que lui avaient fournis des personnes qualifiées (ATF 118 II 333 consid. 2b).

F.b En l'espèce, dans le cadre du questionnaire médical rempli le 17 mars 2000, la demanderesse a déclaré être en bonne santé et avoir été opérée en février 1999 par le **D' A.** d'un by-pass gastrique.

Cette intervention chirurgicale, qui peut être considérée comme importante, implique la mise en place d'un réseau d'intervenants aux spécialités diverses, aux fins d'accompagner le patient avant, pendant et après l'opération. À cet égard, un planning de suivi médical post-opératoire doit être mis en place, à des intervalles de plus en plus espacés. Ainsi, la demanderesse a été vue en consultation à plusieurs reprises à la suite de son opération, notamment par son généraliste, son chirurgien et sa diététicienne, qui ont procédé aux examens appropriés. Dans la mesure où ces consultations et examens s'inscrivaient dans le cadre de l'opération subie en février 1999, la demanderesse n'avait pas à signaler leur existence à la défenderesse, puisqu'elle avait clairement indiqué avoir subi l'opération de by-pass.

Lors d'une consultation le 17 février 2000, que le Dr A. a indiquée comme s'inscrivant dans le planning du suivi, la demanderesse s'est plainte de douleurs abdominales. Selon ce médecin, lorsqu'un patient a subi une telle opération, il est plutôt rare qu'il présente des douleurs cicatricielles une année après l'intervention chirurgicale, une telle plainte pouvant alors être un indice d'une éventration en formation. Toutefois, après examen de la cicatrice, il n'avait observé aucune éventration. À ce stade, il avait alors expliqué les douleurs ressenties par sa patiente par des efforts physiques sollicitant la paroi abdominale et l'avait rassurée sur son état de santé. Entendu comme témoin, il a également indiqué que le suivi postopératoire révélait un résultat satisfaisant; il a estimé qu'en mars 2000, la demanderesse pouvait se considérer comme étant en bonne santé.

Le **Dr B.** , qui a également suivi la demanderesse, a quant à lui estimé que l'état de sa patiente était assez typique de l'état post-opératoire dans ce genre d'intervention et a relevé qu'il n'aurait jamais imaginé la nécessité d'une nouvelle intervention chirurgicale avec pour corollaire un arrêt de travail. Tout comme son confrère A. , il a précisé qu'en mars 2000, la demanderesse pouvait se considérer comme étant en bonne santé.

Ce n'est qu'en juin 2000 qu'une éventration a été diagnostiquée par le Dr A. _____, diagnostic qui n'a d'ailleurs pas manqué de l'étonner, à

l'instar du Dr B.

F.c Or la situation doit être analysée telle que les parties la concevaient à l'époque du questionnaire et non pas à la lumière du diagnostic posé plus de trois mois après par les médecins. Ainsi, en mars 2000, les douleurs abdominales que la demanderesse ressentait n'étaient pas encore mises en relation avec l'hernie cicatricielle qui a nécessité une seconde intervention. Les symptômes étaient alors perçus comme usuels dans le déroulement postopératoire de l'opération de by-pass gastrique et le diagnostic d'éventration avait même été exclu par le chirurgien. C'est donc à juste titre que la demanderesse, se fondant sur les dires de ses médecins, a indiqué en mars 2000 à la défenderesse être en bonne santé. On ne peut exiger d'une patiente qu'elle fasse fi des constatations claires de ses médecins quant à la normalité de son état pour faire tout de même part à l'assureur des douleurs qu'elle ressentait, au demeurant de manière sporadique.

F.d Les déclarations de la demanderesse que l'inspecteur de l'assurance a protocolées dans son rapport du 7 novembre 2000, et dont la teneur est contestée par l'assurée bien que celle-ci les ait signées, n'ont pas la portée que la défenderesse cherche à leur donner. Ces déclarations, telles que protocolées, étaient les suivantes: "Je confirme avoir subi une opération (éventration) en date du 27 juillet 2000. J'avais retardé, pour des raisons professionnelles, cette intervention - il s'agissait d'une hernie abdominale - étant seule pour exploiter le commerce, mais je souffrais depuis plus de 6 mois." Or ces déclarations doivent être interprétées à la lumière du fait que le diagnostic d'éventration n'a été posé que le 6 juin 2000. C'est suite à ce constat qu'une nouvelle intervention s'est avérée nécessaire et a été fixée pour six semaines après la pose du diagnostic. Il est ainsi possible que la patiente ait demandé que cette intervention ne soit pas immédiate, pour des raisons d'organisation professionnelle. En revanche, dans la mesure où le diagnostic d'éventration n'a été posé que le 6 juin 2000, la demanderesse ne pouvait pas savoir, en décembre 1999, qu'elle souffrait ou allait souffrir d'une telle pathologie, que celle-ci nécessiterait une intervention chirurgicale et la repousser de six mois aux seules fins de contracter, en mars 2000, une assurance perte de gain auprès de la défenderesse, comme le prétend cette dernière.

F.e Il reste à examiner si, en ne parlant pas de son état dépressivo-anxieux, la demanderesse a commis une réticence et, le cas échéant, s'il s'agit d'une réticence distincte de la problématique étudiée plus

haut. En effet, en cas de réticences multiples, un délai indépendant court, pour l'invocation de chacune d'elles, dès l'instant où l'assureur en prend connaissance (ATF 116 II 338 consid. 2a).

En l'espèce, il est constant que la demanderesse n'a pas indiqué, en tant que tels, son état dépressivo-anxieux et les traitements qui lui étaient prescrits à ce titre, lors de la conclusion du contrat d'assurance perte de gain en mars 2000. Toutefois, si elle n'a pas mentionné le **Dr B.** à cette occasion, elle l'avait fait lors de la conclusion en juillet 1999 d'un contrat d'assurance-vie auprès du même assureur, lequel était donc censé connaître ce fait (art. 8 ch. 3 LCA; VIRET, Droit des assurances privées, 3^e éd. 1991, p. 106; MAURER, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 3^e éd., 1995, p. 257). Il est ainsi douteux que cette omission constitue, dans de telles circonstances, une réticence.

F.f Même s'il fallait admettre une réticence, il s'agirait d'une réticence distincte de la problématique examinée plus haut, qui a fait courir un délai distinct. En effet, à l'issue d'une correspondance échangée entre les parties ou leurs représentants, dans laquelle la défenderesse s'interrogeait sur les prescriptions d'antidépresseurs, le **Dr B.**, par pli du 29 octobre 2001 à la défenderesse, a distingué les deux problématiques dont sa patiente souffrait, en relevant l'absence de lien entre elles et en attribuant clairement l'état dépressivo-anxieux de la demanderesse au fort conflit l'opposant à sa fille et au lourd contexte de deuil consécutif au suicide de son ex-mari, père de l'adolescente. Ainsi, depuis mai 2001, la défenderesse connaissait la problématique d'un état dépressif de son assurée et depuis octobre 2001, elle en cernait la nature et l'origine, non liées à la problématique gastrique; elle possédait ainsi toutes les informations pertinentes pour se prévaloir d'une réticence sur ce point distinct. Or en ne dénonçant le contrat pour ce motif que le 8 février 2002, la défenderesse n'a pas respecté le délai de quatre semaines de l'art. 6 LCA.

G.

Agissant par la voie du recours en réforme au Tribunal fédéral, la défenderesse conclut avec suite de dépens à la réforme de cet arrêt en ce sens que la demanderesse est déboutée de toutes ses conclusions; à titre subsidiaire, elle conclut à l'annulation de l'arrêt attaqué et au renvoi de la cause à la cour cantonale pour nouvelle décision. Une réponse au recours n'a pas été requise.

Le Tribunal fédéral considère en droit:

1.

L'arrêt entrepris constitue une décision finale prise par le tribunal suprême d'un canton, au sens de l'art. 48 al. 1 OJ. Portant sur des droits de nature pécuniaire, il est susceptible d'un recours en réforme, les droits contestés dans la dernière instance cantonale dépassant largement la valeur d'au moins 8'000 fr. exigée par l'art. 46 OJ. Interjeté dans le délai fixé par l'art. 54 al. 1 OJ et dans les formes prévues par l'art. 55 OJ, le recours est par ailleurs recevable au regard de ces dispositions.

2.

2.1 Après avoir rappelé la jurisprudence relative aux art. 4 et 6 LCA, la défenderesse critique l'appréciation de la cour cantonale selon laquelle la demanderesse n'a pas commis de réticence en ne mentionnant pas ses douleurs abdominales et en se déclarant en parfaite santé (cf. lettres F.b à F.d *supra*). Elle invoque un arrêt, rendu selon elle dans un contexte largement similaire, dans lequel le Tribunal fédéral a considéré qu'une personne qui s'était déclarée en parfaite santé avait commis une réticence dès lors qu'elle avait consulté son médecin dans le mois ayant précédé la conclusion de l'assurance pour des douleurs intestinales et de la constipation (ATF 92 II 342). La défenderesse fait valoir qu'en l'espèce, même si le Dr A. avait tout au plus rassuré la demanderesse sur son état, il n'en restait pas moins que celle-ci se plaignait de douleurs abdominales plus d'une année après l'opération, que c'est précisément pour cette raison qu'elle allait consulter et qu'elle ne pouvait par conséquent pas de bonne foi affirmer dans le questionnaire que l'opération était sans suite et qu'elle était en parfaite santé.

2.2 Ces griefs sont dénués de fondement. La présente affaire diffère en effet sensiblement de celle jugée à l'ATF 92 II 342. Dans cette dernière, l'intéressé s'était déclaré en parfaite santé alors qu'il avait consulté quelques semaines auparavant un médecin pour des douleurs intestinales et de la constipation et qu'un transit baryté avait alors confirmé l'existence d'une appendicite chronique dont l'opération, non pressante, avait été envisagée; le Tribunal fédéral a considéré que si l'intéressé avait répondu d'une façon exacte et complète aux autres questions, sa réponse affirmative sur ce point aurait pu être regardée comme véridique en ce sens qu'il se considérait comme étant en parfaite santé sous réserve des autres renseignements fournis (ATF 92 II 342, consid. 3 p. 351). Toutefois, il avait précisément tu des faits

importants touchant son état de santé, qu'il était obligé de déclarer : ainsi, comme dernier médecin qui l'avait conseillé ou soigné, il avait indiqué le Dr R. qu'il avait consulté plusieurs mois auparavant en faisant qu'il avait été examiné quelques semaines plus tôt par le Dr K., et surtout il avait tu l'appendicite chronique diagnostiquée lors de cette consultation (ATF 92 II 342, consid. 3 p. 351/352).

En l'espèce, la situation est radicalement différente puisque la demanderesse a dûment déclaré avoir été opérée d'un by-pass gastrique par le Dr A. en 1999. Si elle a ressenti sporadiquement depuis le mois de décembre 1999 des douleurs abdominales, dont elle s'est plainte au Dr A. lors d'une consultation du 17 février 2000 qui s'inscrivait dans le planning du suivi, ce praticien l'a rassurée sur son état de santé en expliquant les douleurs ressenties par des efforts physiques sollicitant la paroi abdominale. Entendu comme témoin, le Dr A. , à l'instar d'ailleurs de son confrère B. , a estimé qu'en mars 2000, la demanderesse pouvait se considérer comme étant en bonne santé (cf. lettre F.b *supra*). Dans ces circonstances, il ne peut être reproché à la demanderesse d'avoir commis une réticence pour avoir répondu lors de la conclusion du contrat qu'elle était en parfaite santé et pour n'avoir pas déclaré des douleurs abdominales qu'elle pouvait, selon les explications données par un spécialiste, considérer comme des symptômes usuels dans le déroulement postopératoire de l'opération de by-pass gastrique.

3.

3.1 La défenderesse soutient que la demanderesse aurait commis une réticence en omettant d'indiquer qu'elle avait consulté le **Dr B.** et qu'elle était suivie par ce médecin pour une dépression chronique depuis 1998. L'argumentation des juges cantonaux selon laquelle elle était censée savoir que la demanderesse avait consulté le **Dr B.** (cf. F.e *supra*) serait erronée, car les assurances vie et les autres assurances seraient traitées par des entités juridiquement distinctes, les données de l'une n'étant ni communiquées ni accessibles à l'autre.

La défenderesse conteste également l'argumentation des juges cantonaux selon laquelle elle serait déchue du droit de se départir du contrat pour n'avoir pas respecté le délai de quatre semaines de l'art. 6 LCA (cf. lettre F.f *supra*). Elle fait valoir à cet égard que selon la jurisprudence, l'assureur qui s'est déjà départi du contrat en raison d'une réticence n'a pas à répéter sa déclaration de résolution si une autre réticence parvient ultérieurement à sa connaissance. La

défenderesse soutient qu'elle n'avait donc pas à répéter sa déclaration de résolution, mais pouvait se contenter de confirmer la dénonciation du contrat sans avoir à respecter un délai quelconque, d'autant plus qu'elle n'avait aucune raison de douter de la validité de sa première dénonciation faite dans le délai légal.

3.2 La question de savoir si la demanderesse a commis une réticence en ne déclarant pas les consultations et les traitements auprès du Dr B. , de même que celle de savoir si la défenderesse connaissait ou devait connaître le fait qui n'a pas été déclaré (art. 8 ch. 3 LCA), peuvent rester indécises. En effet, il n'est pas contesté que ces consultations et traitements concernaient une problématique distincte de la problématique gastrique qui avait motivé la déclaration de résolution du 27 novembre 2000 (cf. lettre F.f *supra*).

Or, selon la jurisprudence et la doctrine, lorsque l'assureur a connaissance successivement, à des dates différentes, de diverses réticences concernant des faits importants et distincts, un délai autonome court pour chacune des réticences, à partir du moment où l'assureur en a connaissance (ATF 109 II 159 consid. 2c, également reproduit *in* SJ 1984 p. 162 et *in* RBA XV n° 17; 116 II 338 consid. 2a; NEF, Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, 2001, n. 23 ad art. 6 LCA et les références citées). Si l'assureur qui s'est départi du contrat en raison d'une réticence, dans le délai de quatre semaines à compter du moment où il l'a connue, n'a pas à répéter sa déclaration de résolution si des faits constitutifs d'une autre réticence parviennent ultérieurement à sa connaissance (arrêt non publié du 25 novembre 1938, *in* RBA VIII n° 51), il n'en doit pas moins faire valoir les moyens ressortissant à ces faits distincts dans le délai de quatre semaines imparti par l'art. 6 LCA (ROELLI/KELLER, Kommentar zum Schweizerischen Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908, Band I, 2e éd. 1968, p. 129 s.; arrêt du 19 novembre 1982 de la Cour de justice civile du canton de Genève, *in* RBA XV no 10 p. 51).

En l'espèce, alors que la défenderesse était en possession depuis octobre 2001 de toutes les informations pertinentes, elle a attendu le 8 février 2002 pour invoquer une réticence du fait que la demanderesse avait omis de mentionner son suivi régulier auprès du Dr B. et les traitements médicamenteux prescrits par ce dernier. Comme l'ont retenu à raison les juges cantonaux, elle est ainsi déchue de son droit de se prévaloir d'une réticence sur ce point

distinct, faute d'avoir respecté le délai de quatre semaines de l'art. 6 LCA.

4.

Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté. La défenderesse, qui succombe, supportera les frais judiciaires (art. 156 al. 1 OJ). Il n'y a en revanche pas lieu d'allouer de dépens, puisque la demanderesse n'a pas été invitée à répondre au recours et n'a en conséquence pas assumé de frais en relation avec la procédure devant le Tribunal fédéral (art. 159 al. 1 et 2 OJ; POUURET/SANDOZ-MONOD, Commentaire de la loi fédérale d'organisation judiciaire, vol. V, 1992, n. 2 ad art. 159 OJ).

Par ces motifs, le Tribunal fédéral prononce:

1

Le recours est rejeté.

2.

Un émoulement judiciaire de 3'000 fr. est mis à la charge de la défenderesse.

3.

Le présent arrêt est communiqué en copie aux mandataires des parties et à la Chambre civile de la Cour de justice du canton de Genève.

Lausanne, le 20 février 2006

Au nom de la Ile Cour civile
du Tribunal fédéral suisse

Le président:

Le greffier: