



POUVOIR JUDICIAIRE

C/862/2005

ACJC/475/2007

ARRÊT

DE LA COUR DE JUSTICE

Chambre civile
statuant par voie de procédure ordinaire

AUDIENCE DU VENDREDI 20 AVRIL 2007

Entre

X., appelant d'un jugement rendu par la 1ère Chambre du Tribunal de première instance de ce canton le 21 septembre 2006, comparant par Me Mauro Poggia, avocat, en l'étude duquel il fait élection de domicile,

et

A., **COMPAGNIE D'ASSURANCES DE PERSONNES**, intimée, comparant par Me Gilles Crettol, avocat, en l'étude duquel elle fait élection de domicile,

EN FAIT

- A.** a) X., né le 7 mai 1962, ingénieur agronome de formation, comptable dans une banque, et son épouse Y., ont signé le 5 mai 1999 une formule préimprimée de proposition d'assurance et un questionnaire médical destinés à B., compagnie d'assurances sur la vie, documents qui avaient été remplis le jour-même, en leur présence, par un collaborateur du service externe de l'assurance sur la base des indications que ceux-ci lui avaient données.

La proposition d'assurance avait pour objet une assurance-vie mixte avec capitalisation, établie sur la tête du preneur et de son épouse, avec libération du service des primes en cas d'incapacité de gain pour maladie ou accident après un délai d'attente de 60 jours.

- b) Le questionnaire médical soumis à X. comportait en particulier les questions suivantes auxquelles il a répondu ainsi :

"1.1 Etes-vous actuellement en parfaite santé et en pleine capacité de travail ?"

Réponse : oui

"1.2 Ces cinq derniers ans, avez-vous dû subir un traitement médical et/ou prenez-vous régulièrement des médicaments ?"

Réponse : non

"1.3 Ces cinq derniers ans, avez-vous subi des examens/contrôles médicaux tels qu'une analyse d'urine, un examen radiologique, une prise de tension artérielle, un électrocardiogramme, un test anti-HIV (test du SIDA)?"

Réponse : oui

"Quand ? : 1998

lesquels ? : contrôle général

résultat ? : rien à signaler

nom et adresse du médecin examinateur : Dr E., av. de Saint-Paul 8, 1208 GE"

"1.4 Ces cinq derniers ans, avez-vous dû interrompre votre travail pendant plus de 4 semaines pour des raisons de santé ?"

Réponse : non

"1.5 Avez-vous dû vous soumettre à une intervention chirurgicale ?"

Réponse : oui

Quand ? : 1986

pour quelle raison ? : hernie inguinale

..."

"2.2 Avez-vous été traité par un psychologue ou un chiropraticien ?"

Réponse : non

"2.4 Avez-vous un médecin de famille ? :

Réponse : oui, le Dr E.

Avant l'emplacement réservé à la signature du proposant, la formule préimprimée comprenait une clause par laquelle ce dernier autorisait le médecin ou les tiers auxquels l'assureur s'adresserait à lui fournir tous les renseignements en rapport avec la proposition ou l'exigibilité de la prestation.

c) X. n'a pas allégué en première instance avoir été induit en erreur par l'agent de l'assurance sur la nature des questions et n'a pas fait mention d'une quelconque irrégularité relative au complètement de ce questionnaire.

Ce n'est que dans la partie "droit" de son mémoire d'appel (p. 23) que X. relève que cet agent "n'a probablement pas suffisamment attiré son attention" sur le fait que tous les traitements et consultations devaient être annoncés.

Interrogé à ce sujet plus de six ans après la rédaction de cette proposition, l'agent, O., n'a pu que répondre qu'il imaginait avoir dû discuter des questions avec son client.

d) Le 10 mai 1999, B. a établi, sur la base de la proposition d'assurance du 5 mai 1999, une police d'assurance vie au capital de 92'545 fr., avec prime de 3'600 fr. payable annuellement. Etaient déclarées applicables les conditions générales d'assurance (LB 240) et les dispositions complémentaires pour les assurances avec capitalisation (LB 241).

La police prenait effet le 6 mai 1999 et son échéance était fixée au 5 mai 2022.

L'art. 12.1 CGA créait un for au domicile suisse du preneur d'assurance ou à Zurich.

La police a par la suite été reprise par A., COMPAGNIE D'ASSURANCE DE PERSONNES (ci-après, A.).

B. a) Le 1er novembre 2000, X. fut victime d'un accident de circulation au cours duquel il fut blessé à l'épaule droite. Depuis lors et malgré une intervention chirurgicale pratiquée le 12 juin 2001, le patient n'a pas récupéré la mobilité de son épaule qui suscite de surcroît des douleurs chroniques.

De ce fait, X. n'a pas pu recouvrer une pleine capacité de travail, celle-ci n'ayant jamais dépassé 50% depuis l'accident. Il a par conséquent déposé le 16 octobre 2002 une demande de prestations auprès de l'assurance invalidité fédérale et, parallèlement, il a sollicité de A., à qui il a annoncé le sinistre le 11 octobre 2002, qu'elle accepte de le libérer du paiement des primes de l'assurance-vie tant que son incapacité de travail serait totale.

b) Conformément à la requête de A., X. a rempli un avis de sinistre, dans lequel il indiqua notamment qu'il n'avait eu aucune maladie au cours des cinq dernières années, et il délia médecins et hôpitaux du secret médical en faveur de l'assurance, selon procuration du 18 novembre 2002.

Fort de cette autorisation, A. s'adressa le 16 décembre 2002 au médecin-traitant de l'assuré, E., et à son assurance maladie C. pour recueillir des renseignements complémentaires.

c) Le 14 janvier 2003, C. fit parvenir à A. le relevé de toutes les prestations remboursées à X. depuis le 1er janvier 1996.

Outre de nombreuses factures de pharmacie et laboratoires, ce relevé mentionnait les noms de plusieurs médecins, généralistes et spécialistes consultés à plusieurs reprises

par l'assuré pendant cette période. Figuraient également un remboursement de radiologie du 20 août 1997 et de l'Hôpital cantonal le 6 février 1997.

Se fondant sur cette liste, A. écrivit le 4 février 2003 à X. pour l'informer qu'elle invoquait une réticence au sens de l'art. 4 LCA et se départait du contrat. Elle reprocha à son assuré de n'avoir pas "répondu de façon conforme aux questions posées" sur son état de santé, notamment aux questions no 1.2 et 1.3, ajoutant qu'il avait consulté, entre 1994 et 1999, divers médecins et procédé à des analyses, éléments qui l'auraient conduite à ne pas conclure l'assurance aux conditions convenues s'ils lui avaient été déclarés dans la proposition du 5 mai 1999. L'assurance indiqua vouloir poursuivre ses investigations.

d) Le 13 février 2003, A. reçut du Dr E., médecin traitant de l'assuré depuis mars 1998, la chronologie des traitements et consultations concernant son patient :

- 9 mars 1998 : virose (affection virale banale)
- 7 juillet 1998 : contusion simple d'un genou
- 22 octobre 1998 : hémorroïdes (examen par le Dr F. le 4.11.1998)
- 13 novembre 1998 : virose
- 29 janvier 1999 : lumbago traité par prescription de voltarene et d'un myorelaxant, quatre jours d'arrêt de travail sans récurrence ultérieure
- 11 mai 1999 : sinusite.

e) A. recueille encore les renseignements suivants auprès de divers médecins consultés par X., renseignements qu'elle reçut le 20 février 2003 (Dr G.), le 25 mars 2003 (Dr H.), les 7 mai et 4 août 2003 (Dr I.).

aa) Le Dr I., interniste, a suivi le patient de juin 1987 à juillet 1999 pour différentes affections ordinaires, dont 18 consultations, entre 1994 et 1999, pour des problèmes de dos. Il s'agissait d'épisodes à caractère bénin et non d'une maladie chronique évolutive. Ces lumbagos ont entraîné des consultations du 23 mars 1996 au 3 avril 1996 (2 jours d'arrêt de travail), du 11 au 13 décembre 1996 et du 30 mars au 6 avril 1998 (2 jours d'arrêt de travail).

Le traitement de cette affection dorsale, au sujet de laquelle des radios ont été faites (mais en juillet 1999) sans révéler d'anomalies, a consisté en des manipulations effectuées par le médecin et en prescription de médicaments anti-inflammatoires. De façon générale cependant, le Dr I. considérait que son patient était en bonne santé.

bb) Le Dr H., O.R.L., a soigné X. à plusieurs reprises entre mai 1995 et novembre 1998 pour des infections récurrentes bénignes de la sphère ORL (rhume chronique, rhinosinusite) qui ont été traitées par des prescriptions d'anti-inflammatoires et d'antibiotiques (à une reprise) et par deux cures de stallergènes pour renforcer le système immunitaire, cela avec succès. Ce nonobstant, le patient était en bonne santé. Aucun arrêt de travail n'a été nécessaire.

cc) En l'absence du Dr E., son confrère G. a reçu X. le 28 décembre 1998. Celui-ci se plaignait de douleurs multifocales, notamment thoraciques et se montrait plus anxieux qu'à l'ordinaire. L'examen clinique n'a rien révélé d'anormal. Cette consultation ne fut suivie d'aucune autre pour ces motifs.

f) Nantie de ces informations complémentaires, A. confirma à son assuré, par courrier du 7 août 2003, qu'elle maintenait les termes de sa lettre du 4 février 2003, observant en particulier qu'il avait consulté à 18 reprises le Dr I. dans les cinq ans précédant la signature de la proposition d'assurance, pour des problèmes dorsaux. Dans ces circonstances, elle l'invita à choisir entre le versement de la valeur de rachat (8'666 fr. 45 au 1.3.2003), le versement de la valeur de libération (14'838 fr. au 1.3.2003) payable à l'échéance de l'assurance ou en cas de décès prématuré ou la conclusion d'un nouveau contrat réadapté.

X. répondit le 18 août 2003 à A. qu'il n'acceptait aucune de ces offres et persistait à soutenir, comme il l'avait déjà signalé le 25 février 2003, qu'aucun cas de réticence n'était réalisé.

Les parties ne modifièrent pas leurs positions respectives à l'occasion de la correspondance qu'elles entretenirent jusqu'en juillet 2004.

- C. a) Par acte déposé le 17 janvier 2005 auprès du Tribunal de première instance de Genève, X. a ouvert action à l'encontre de A. afin de faire constater que la police d'assurance no xxx était demeurée en vigueur, en l'absence d'un cas de réticence, et qu'il était libéré du paiement des primes dès le 1er novembre 2000, A. devant être condamnée à lui rembourser celles qu'il avait versées du 1er janvier au 30 avril 2003 représentant la somme de 8'400 fr. avec intérêts à 5% dès le 1er mai 2003.

A. a conclu au déboutement du demandeur.

b) Statuant par jugement JTPI/12868/2006 rendu le 21 septembre 2006 et communiqué aux parties le lendemain, le Tribunal a débouté X. de toutes ses conclusions et l'a condamné aux dépens.

c) Par acte déposé au greffe de la Cour de céans le 25 octobre 2006, X. appelle dudit jugement qu'il allègue avoir reçu le 25 septembre 2006, sollicite son annulation et réduit ses conclusions, invitant uniquement la Cour à constater qu'il n'avait pas commis de réticence, que A. ne pouvait donc pas se départir du contrat et que ce contrat était toujours en vigueur.

L'intimée a conclu au déboutement de l'appelant.

EN DROIT

1. Déposé selon les formes et délai requis par la loi, l'appel est recevable (art. 296 et 300 LPC).

La compétence ratione loci du Tribunal était acquise dès lors que le demandeur était domicilié à Genève lors de l'ouverture de l'action (art. 9LFors et art. 12.1 CGA).

2. Les conclusions en capital soumises au premier juge excédaient 8'000 fr. Le Tribunal de première instance a par conséquent statué en premier ressort (art. 22 LOJ). Saisie d'un appel ordinaire (art. 291 LPC), la Cour examine la cause avec un plein pouvoir d'examen.

-
3. L'appelant, qui s'oppose à la résolution du contrat d'assurance, soutient que le motif invoqué par l'intimée pour mettre fin à la police d'assurance, soit la réticence, n'est pas réalisé ici.

3.1. L'art. 6 de la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) qui a pour objet la réticence a été modifié par la loi fédérale du 17 décembre 2004, entrée en vigueur le 1er janvier 2006. L'appelant fait valoir que le nouveau droit régirait le litige, thèse rejetée par l'intimée.

La novelle du 17 décembre 2004 ne comportait aucune disposition de droit transitoire. L'art. 102 LCA en revanche règle le rapport entre le nouveau droit et l'ancien. En particulier, l'alinéa 1 de cet article énonce quelles sont les dispositions de la loi qui s'appliquaient, dès son entrée en vigueur, aux contrats d'assurance en cours. Or, les art. 4 et 6 LCA, relatifs à la réticence, ne sont pas mentionnés dans cette liste. L'introduction de l'art. 6 modifié, au 1^{er} janvier 2006, doit suivre cette même règle qui correspond de surcroît au principe général de la non rétroactivité des lois ancré à l'art. 1 du Titre final du code civil.

En d'autres termes, l'on doit appliquer l'ancien article 6 LCA aux cas de réticence survenus, comme ici, avant l'entrée en vigueur du nouveau droit. La déclaration incomplète ou inexacte effectuée par le proposant constitue le fait, dont l'effet juridique, la réticence, et sa conséquence, la résolution du contrat, s'est produit sous l'empire de l'ancien droit. Dans ce schéma, il n'y a pas de place pour l'application de la loi nouvelle, sauf disposition transitoire spéciale inexistante en l'espèce.

La Cour appliquera donc au litige la LCA dans sa teneur antérieure au 1er janvier 2006.

3.2. 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. 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. Sont réputés importants les faits au sujet desquels l'assureur a posé par écrit des questions précises, non équivoques. Les faits en question sont tous les éléments qui doivent être pris en considération lors de l'appréciation du risque et qui peuvent éclairer l'assureur sur l'étendue du risque à couvrir; il ne s'agit donc pas seulement des facteurs du risque, mais aussi des circonstances qui permettent de conclure à l'existence de facteurs de risque. Si, lors de la conclusion du contrat, le proposant a déclaré inexactement ou omis de déclarer un fait important pour l'appréciation du risque, qu'il devait connaître selon ce qui vient d'être exposé et au sujet duquel il avait été interrogé expressément et de façon non équivoque, l'assureur est en droit, selon l'art.6. LCA, de se départir du contrat dans les quatre semaines à partir du moment où il a eu connaissance de la réticence. Selon la jurisprudence, 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 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 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 de l'assureur. Il est fondé à attribuer aux termes techniques employés dans ces questions, dont il ne connaît pas le sens et qui ne lui sont pas expliquées, le sens qu'on leur prête en général dans les milieux où il vit, en particulier le sens que le langage usuel attache à ces termes. Il ne faut admettre qu'avec la plus grande retenue l'existence d'une réticence. Cette retenue s'impose déjà du fait de la rigueur de la loi, qui prévoit la résolution du contrat, non son adaptation. Mais la violation du devoir concernant les déclarations obligatoires s'apprécie sans égard à une éventuelle faute du preneur (ATF 116 II 338, 339-341, consid. 1a, 1c, 1d et réf. citées; cf. aussi, 118 II 333; ATF n.p. 5C.103/2005 du 26.9.2005, consid. 2.2 p. 4)

Enfin, l'importance des faits qui doivent être déclarés ne dépend pas de leur rapport de cause à effet avec le dommage couvert par l'assurance (ATF 111 II 391, consid. 3a).

3.3. L'appelant forme une action en constatation portant sur un fait négatif, à savoir l'absence du cas de réticence allégué par l'intimée. Bien que celle-ci soit défenderesse au procès, c'est à elle qu'il appartient d'apporter la preuve des faits qui lui ont permis d'invoquer la réticence (art. 8 CC; H. DESCHENAUX, Le titre préliminaire du code civil, 1969, p. 244 ch. 5). L'appelant qui entend demeurer au bénéfice de la police d'assurance conclue possède par ailleurs un intérêt juridique actuel et immédiat à faire constater le caractère inefficace de la déclaration de résolution du contrat faite par l'intimée (JT 1995 I 132 consid. 2a; JT 1996 I 277 consid. 2a; HOHL, Procédure civile, Tome I, 2001, p. 45 n. 136 à 139).

3.4.1. Dans sa déclaration du 4 février 2003, l'intimée a relevé que l'assuré avait fait preuve de réticence dans ses réponses aux questions 1.2. et 1.3 du questionnaire de santé.

L'appelant avait répondu négativement à la question 1.2 concernant un éventuel "traitement médical" subi dans les cinq ans qui précédaient et à la prise régulière de médicaments et affirmativement mais incomplètement à la question 1.3 qui se rapportait aux examens (contrôles médicaux tels qu'analyse d'urine, examens radiologiques, prise de la tension artérielle, électrocardiogramme et test anti-HIV), mentionnant qu'il avait passé un examen général en 1998 auprès de son médecin traitant, contrôle qui n'avait rien révélé qui puisse être signalé.

Or, il était avéré que l'appelant avait consulté entre 1994 et mai 1999 divers médecins et que ceux-ci lui avaient prescrit des traitements médicamenteux ou des manipulations.

3.4.2. L'appelant fait valoir que les affections qui l'ont amené à consulter étaient toutes bénignes, que les traitements ne duraient que quelques jours, qu'il n'a eu que deux fois deux jours d'arrêt de travail et que son état de santé général est demeuré bon, ce que ses

médecins ont attesté, de sorte qu'il a estimé de bonne foi pouvoir se dispenser de signaler ces cas en réponse aux questions 1.2 et 1.3 qui lui paraissaient, dans le contexte du questionnaire, cibler des affections d'une certaine gravité. Il déplorait qu'aucun exemple n'ait été présenté pour illustrer la question 1.2 et relevait que l'assurance ne s'intéressait qu'aux interruptions de travail de plus de quatre semaines (question 1.4) et aux interventions chirurgicales, ce qui l'avait conforté dans son interprétation que les questions posées ne visaient pas les cas bénins.

3.4.3. En l'absence de disposition spéciale sur ce point, les principes généraux de l'interprétation des contrats s'appliquent aux contrats d'assurance (art. 100 al. 1 LCA). Lorsque la volonté réelle et commune des parties ne peut être déterminée, il y a lieu de rechercher comment la disposition litigieuse pouvait et devait être comprise par un destinataire de bonne foi, compte tenu de l'ensemble des circonstances (ATF 130 III 417 consid. 3.2 p. 425; ATF np 5C/.103/2005 du 26.9.2005, consid. 3.1 p. 5).

L'appelant a raison de rechercher la portée exacte des renseignements requis par l'intimée en comparant les questions les unes avec les autres, dans la mesure au moins où la question laisse place, par sa formulation, à l'interprétation, ce qui était le cas de la question 1.2. La notion de "traitement médical" est imprécise et recouvre des situations très différentes puisqu'un traitement peut être prescrit aussi bien pour des affections graves que bénignes. Dans la mesure où la question porte de surcroît sur une période de cinq ans, il est particulièrement difficile pour un proposant de se remémorer toutes les affections qu'il a pu connaître sur une aussi longue période. Il est dès lors logique, faute d'exemples fournis par l'auteur du questionnaire, de rechercher si celui-ci s'enquiert de toute atteinte à la santé ou de celles seulement qui présentaient une certaine importance, en particulier eu égard au risque assuré (la vie) ou aux conditions financières du contrat (libération du paiement des primes en cas d'incapacité de gain après un délai de carence de 60 jours). C'est assurément cette seconde hypothèse qui devait être privilégiée par le proposant. En effet, si l'assurance souhaitait être informée de toutes les peccadilles de santé, elle aurait formulé sa question différemment et invité le proposant à lui dresser la liste de toutes ses consultations médicales sans exception et les coordonnées de tous les médecins consultés. En outre, l'utilisation du verbe "subir" en relation avec le traitement médical donne à penser que celui-ci était invasif, pénible ou durable. Le terme "prescrire" ou "suivre" aurait été le cas échéant plus neutre. De surcroît, les questions suivantes (1.3, 1.4 et 1.5) renforcent le sentiment que l'assureur ne s'intéresse pas aux cas de peu de gravité : elles ont trait à des examens médicaux qui peuvent mettre en évidence des maladies graves (SIDA, affections cardiaques), à des interventions chirurgicales ou encore à des incapacités de travail de plus d'un mois.

Dans ces circonstances, les règles de la bonne foi n'exigeaient pas du proposant qu'il signale les prescriptions et traitements de courte durée concernant les affections qu'il pouvait considérer comme bénignes d'un point de vue objectif et subjectif.

Il pouvait ainsi s'abstenir de mentionner les traitements relatifs aux viroses et autres cas soignés par le médecin traitant (Dr E.), de même que ceux prodigués par le Dr H. qui devaient remédier à des rhumes et rhino-sinusites chroniques mais bénins, au demeurant

guéris depuis novembre 1998. Il reste à déterminer si l'appelant pouvait aussi taire l'existence des lombagos dont il a souffert de manière répétée dans les cinq ans précédant l'établissement de la proposition d'assurance, le dernier d'entre eux s'étant produit en janvier 1999.

La réponse à cette question est plus délicate. D'une part, les blocages du dos sont survenus régulièrement, révélant une fragilité de l'appelant à cet égard; d'autre part, ces incidents sont demeurés ponctuels, disparaissant rapidement après un bref traitement (manipulations et anti-inflammatoires) et n'entraînant qu'occasionnellement deux ou trois jours d'arrêt de travail. A dire de médecin, ces maux n'étaient pas dus non plus à une maladie dégénérative.

Selon la jurisprudence, "celui qui tait des indispositions sporadiques qu'il pouvait raisonnablement 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 de manière fautive son devoir de renseigner" (ATF 116 II consid. 1b p. 340).

Au vu des éléments précités, l'on serait enclin à libérer sur ce point le proposant de son obligation de signaler à sa cocontractante de tels maux de dos, anodins bien que récurrents, qui ne mettaient en danger ni sa vie, ni sa capacité de gain.

Toutefois, le questionnaire de santé comprenait au chiffre 2.2 une question qu'il était nécessaire de mettre en relation avec les lombagos ressentis par l'appelant, question qui concernait les traitements dispensés par un chiropraticien à laquelle une réponse négative fut aussi donnée. Or, le profane, comme l'est l'appelant, ne peut ignorer que la chiropraxie consiste à manipuler, à des fins thérapeutiques, diverses parties du corps, notamment la colonne vertébrale (cf. dictionnaire Le Nouveau Petit Robert 1993, p. 367; Le Petit Larousse, 2004, p. 211).

Certes, l'appelant n'a pas consulté de chiropraticiens et pouvait répondre négativement à cette question puisque les manipulations dont il avait bénéficié avaient été opérées par son médecin. Il n'empêche que cette question aurait pu éveiller son attention sur l'importance que ses maux de dos pouvaient avoir pour l'assurance.

Est-ce à dire qu'il faut admettre ici une réticence ? Dans la mesure où il incombe à l'assureur de poser des questions "précises, non équivoques" (art. 4 al. 3 LCA), l'on ne peut pas rejeter sur le proposant les conséquences d'une réponse incomplète donnée à une question floue. Si l'intimée considérait que les maux de dos de ses futurs assurés avaient une incidence sur sa volonté de conclure le contrat ou de le conclure à certaines conditions, elle devait poser clairement et directement la question dans son formulaire.

La réticence ne devant être admise par les Tribunaux qu'avec "la plus grande retenue", la Cour est d'avis ici que le comportement de l'appelant ne justifiait pas l'application des règles sur la réticence.

3.5. L'appelant a soutenu que l'intimée aurait "provoqué la réticence" (art. 8 ch. 2 LCA), circonstance qui la priverait du droit de se départir du contrat.

Ce moyen n'a pas à être discuté ici, dès lors que l'appelant n'a pas allégué en temps utile les faits nécessaires à l'admission de ce grief, faits que la partie intimée n'a pas eu l'occasion de contester et au sujet desquels aucune preuve n'a été administrée et ne peut plus l'être en appel, en l'absence de faits nouveaux (BERTOSSA/GAILLARD/GUYET/SCHMIDT, Commentaire de la loi de procédure civile genevoise, n. 4 ad art. 312 et n. 2 ad art. 307 LPC).

Le rôle qu'aurait eu l'agent négociateur de l'intimée lors de l'établissement de la proposition, les indications qu'il a données, de manière exacte ou inexacte, ou encore omises, n'ont pas été établis.

Quant à l'argument selon lequel l'espace aménagé dans le questionnaire serait limité et par conséquent révélateur de la volonté de l'assurance de restreindre les signalements aux cas les plus importants, il ne peut à lui seul conduire la Cour à constater que l'assurance aurait provoqué la réticence. La jurisprudence citée à ce propos par l'appelant (TF, in RBA XIX n. 66 consid. in fine) a retenu l'application de l'art. 8 ch. 2 LCA non pas du fait de la disposition graphique des questions mais en raison des instructions données au proposant par l'agent qui avait expliqué qu'il était suffisant de mentionner les deux affections les plus importantes.

4. L'appel étant fondé, le jugement entrepris sera annulé. L'intimée, qui succombe, sera condamnée aux dépens de première instance et d'appel, qui comprendront, pour les deux instances, une indemnité de procédure globale valant participation aux honoraires d'avocat de l'appelant (art. 176 al. 1 et 313 LPC).

* * * * *

**PAR CES MOTIFS,
LA COUR :**

A la forme :

Déclare recevable l'appel interjeté par X. contre le jugement JTPI/12868/2006 rendu le 21 septembre 2006 par le Tribunal de première instance dans la cause C/862/2005-1.

Au fond :

Annule ledit jugement.

Constate que X. n'a pas commis la réticence que A. COMPAGNIE D'ASSURANCE DE PERSONNES lui imputait dans sa lettre du 4 février 2003 en souscrivant la police d'assurance no xxx.

Constate que ladite police est demeurée en vigueur.

Condamne A. COMPAGNIE D'ASSURANCE DE PERSONNES aux dépens de première instance et d'appel, lesquels comprennent une indemnité de procédure de 7'000 fr. valant participation aux honoraires d'avocat de l'appelant.

Déboute les parties de toutes autres conclusions.

Siégeant :

Madame Florence KRAUSKOPF, présidente; Monsieur Christian MURBACH, M. Pierre CURTIN, juges; juges; Madame Nathalie DESCHAMPS, greffière.

La présidente :

Florence KRAUSKOPF

La greffière :

Nathalie DESCHAMPS

Indication des voies de recours :

Le Tribunal fédéral connaît, comme juridiction ordinaire de recours, des recours en matière civile; la qualité et les autres conditions pour interjeter recours sont déterminées par les art. 72 à 77 et 90 ss de la loi sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110). Il connaît également des recours constitutionnels subsidiaires; la qualité et les autres conditions pour interjeter recours sont déterminées par les art. 113 à 119 et 90 ss LTF. Dans

les deux cas, le recours motivé doit être formé dans les trente jours qui suivent la notification de l'expédition complète de l'arrêt attaqué. L'art. 119 al. 1 LTF prévoit que si une partie forme un recours ordinaire et un recours constitutionnel, elle doit déposer les deux recours dans un seul mémoire.

Le recours doit être adressé au Tribunal fédéral, 1000 Lausanne 14.

Valeur litigieuse des conclusions pécuniaires au sens de la LTF indéterminée.