

BGer 4A 288/2022 vom 1. Juni 2023

Bundesgericht, 2023-06-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_4A_288_2022

FR: TF 4A 288/2022 du 1 juin 2023

IT: TF 4A 288/2022 del 1 giugno 2023

Regeste

contrat d'assurance, | Droit des contrats

Erwägungen

E. 1

L'assuré, dont la demande a été intégralement rejetée (art. 76 al. 1 LTF), a entrepris dans le délai légal (art. 100 al. 1 LTF) une décision finale (art. 90 LTF) rendue par la Cour de justice genevoise en qualité d'instance cantonale unique (art. 7 CPC et art. 75 al. 2 let. a LTF ; ATF 138 III 799 consid. 1.1) sur un litige afférent à une assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale, régie par la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA; RS 221.229.1) (art. 72 al. 1 LTF ; ATF 138 III 2 consid. 1.1; 133 III 439 consid. 2.1). En bref, les conditions de recevabilité du recours en matière civile sont réalisées sur le principe.

E. 2.1

Le Tribunal fédéral statue sur la base des faits établis par l'autorité précédente (art. 105 al. 1 LTF). Il ne peut rectifier ou compléter ses constatations que si elles sont manifestement inexactes (c'est-à-dire arbitraires au sens de l' art. 9 Cst.) ou si elles découlent d'une violation du droit au sens de l' art. 95 LTF (art. 105 al. 2 LTF). L'appréciation des preuves est entachée d'arbitraire lorsque le juge du fait n'a manifestement pas compris le sens et la portée d'un moyen de preuve, a omis sans raisons objectives de prendre en compte des preuves pertinentes ou a effectué des déductions insoutenables à partir des éléments recueillis (ATF 137 III 226 consid. 4.2; 136 III 552 consid. 4.2). S'il entend critiquer l'état de fait retenu dans l'arrêt attaqué, le justiciable doit satisfaire au principe strict de l'allégation énoncé par l' art. 106 al. 2 LTF (ATF 140 III 264 consid. 2.3 et les références citées) : il doit expliquer clairement et de manière circonstanciée ce qui justifierait d'opérer des rectifications ou de combler des lacunes (ATF 140 III 16 consid. 1.3.1 et les références citées). Dans cette seconde hypothèse, il doit démontrer, par des renvois précis aux pièces du dossier, qu'il a présenté aux autorités cantonales, conformément aux règles de la procédure, les faits juridiquement pertinents et les moyens de preuve adéquats (ATF 140 III 86 consid. 2).

E. 2.2

Sous réserve de la violation des droits constitutionnels (art. 106 al. 2 LTF), le Tribunal fédéral applique le droit d'office (art. 106 al. 1 LTF). Il se contente toutefois d'examiner les griefs soulevés, sauf en cas d'erreurs juridiques manifestes (ATF 140 III 115 consid. 2 p. 116). La partie recourante doit discuter les motifs de la décision entreprise et expliquer en quoi elle estime que l'autorité précédente a méconnu le droit (ATF 140 III 86 consid. 2).

E. 3

Le litige porte sur l'existence d'une réticence au sens de l' art. 6 LCA , que la société d'assurance a invoqué pour résilier le contrat la liant à l'assuré. La réticence se définit comme l'omission de déclarer, ou le fait de déclarer inexactement, lors de la conclusion du contrat, un fait important que celui ayant l'obligation de déclarer connaissait ou devait connaître (art. 6 al. 1 aLCA, dans sa teneur antérieure au 1er janvier 2022, ici déterminante). Cette notion renvoie aux déclarations obligatoires imposées par l'art. 4 aLCA. Selon l'alinéa 1 de cette disposition, celui qui présente une proposition d'assurance 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. La question posée doit être précise et non équivoque (cf. art. 4 al. 3 i.f. aLCA; ATF 136 III 334 consid. 2.3; 134 III 511 consid. 3.3.4; arrêt 4A_555/2019 du 28 août 2020 consid. 2). Le proposant doit répondre de manière véridique aux questions telles qu'il peut les comprendre de bonne foi. Il n'y a pas de réponse inexacte si la question est ambiguë et que la réponse donnée apparaît véridique selon la manière dont la question pouvait être comprise de bonne foi par le proposant (ATF 136 III 334 consid. 2.3). Pour qu'il y ait réticence, il faut, d'un point de vue objectif, que la réponse donnée à la question ne soit pas conforme à la vérité, par omission ou inexactitude; la réticence peut consister à affirmer un fait faux, à taire un fait vrai ou à présenter une vision déformée de la vérité (ATF 136 III 334 consid. 2.3). D'un point de vue subjectif, la réticence suppose que le proposant connaissait ou aurait dû connaître la vérité. Le proposant doit déclarer non seulement les faits qui lui sont connus sans autre réflexion, mais aussi ceux qui ne peuvent lui échapper s'il réfléchit sérieusement à la question posée (ATF 136 III 334 consid. 2.3; 134 III 511 consid. 3.3.3; arrêt précité 4A_555/2019 consid. 2). Il faut en plus que la réponse inexacte porte sur un fait important pour l'appréciation du risque (art. 4 al. 1 et art. 6 al. 1 aLCA). 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 aLCA). L'art. 4 al. 3 aLCA présume que le fait est important s'il a fait l'objet d'une question écrite de l'assureur, précise et non équivoque. Une telle présomption peut cependant être renversée. Ce n'est certes pas au proposant de déterminer à la place de l'assureur quels sont les éléments pertinents pour apprécier le risque, mais il pourra renverser la présomption en démontrant qu'il a omis un fait objectivement insignifiant. Ainsi, n'enfreint pas son devoir de renseigner celui qui tait des indispositions sporadiques qu'il pouvait 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 (ATF 136 III 334 consid. 2.4 et les arrêts cités; 134 III 511 consid. 3.3.4; arrêt précité 4A_555/2019 consid. 2). En cas de réticence, l'assureur est en droit de résilier le contrat (art. 6 al. 1 aLCA); s'il exerce ce droit, il est autorisé à refuser également sa prestation pour les sinistres déjà survenus lorsque le fait qui a été l'objet de la réticence a influé sur leur survenance ou leur étendue (art. 6 al. 3 LCA). Le droit de résilier s'éteint quatre semaines après que l'assureur a eu connaissance de la réticence (art. 6 al. 2 LCA). La résiliation due à la réticence doit être motivée avec précision: la déclaration de résiliation doit mentionner la question qui a reçu une réponse inexacte et préciser de façon circonstanciée en quoi consiste le fait important non déclaré ou inexactement déclaré (ATF 129 III 713 consid. 2.1; arrêt 4A_376/2014 du 27 avril 2015 consid. 2.3.1).

E. 4

Dans une première salve, l'assuré déplore diverses constatations arbitraires des faits.

E. 4.1

Selon la cour cantonale, le Dr D. _____ avait posé le diagnostic précis d'une hernie ombilicale lors de sa consultation en juillet 2018, soit avant la signature de la proposition d'assurance. Elle s'est fondée sur les réponses données par ce praticien dans le questionnaire du 2 décembre 2019, non sans relever que ce fait résultait des propres allégations de l'assuré dans sa demande. L'intéressé démentit ce dernier point: en novembre 2018, il aurait eu simplement conscience d'une « simple constatation clinique sans conséquence potentielle sur sa santé ». Le diagnostic de « hernie » n'aurait été posé qu'un an plus tard, en novembre 2019. L'allégué 13 de sa demande - auquel la cour cantonale se réfère - aurait soi-disant prêté à confusion, ce qui l'aurait conduit à le rectifier dans sa réplique. En outre, la cour cantonale se serait fondée à tort sur le questionnaire du 2 décembre 2019, qui ne permettrait pas d'inférer qu'un diagnostic avait été posé en juillet 2018. Cela étant, l'interprétation que l'assuré propose de ce questionnaire ne démontre pas l'arbitraire de celle adoptée par la cour cantonale, loin s'en faut. Quant au caractère soi-disant imprécis de l'allégué 13, il n'est pas nécessaire d'en discourir puisque la constatation querellée ne se fonde pas sur cet élément, qui a été invoqué à titre superfétatoire.

E. 4.2

L'assuré prétend avoir retenu de la consultation de juillet 2018 qu'il « n'y avait rien et rien de spécial à entreprendre ». Cette consultation n'aurait donc rien révélé, comme il l'a encore précisé lors de son interrogatoire du 15 avril 2021. Cet élément ne permet toutefois pas non plus d'en déduire un quelconque arbitraire: qu'il ait déclaré à la Cour avoir compris qu'il n'avait rien n'exclut pas nécessairement que le chirurgien lui ait livré un diagnostic précis. Il serait d'ailleurs étonnant qu'un spécialiste laisse son patient dans une pareille ignorance. L'hypothèse est d'autant moins crédible que ce praticien a affirmé, lors de son audition, qu'il avait renseigné l'assuré sur l'évolution possible de cette hernie ombilicale.

E. 4.3

C'est là un autre point que l'assuré voudrait remettre en question: la cour cantonale aurait versé dans l'arbitraire en retenant qu'il savait, dès sa première consultation en juillet 2018, que cette hernie pouvait nécessiter un traitement, suivant la manière dont elle évoluerait. Selon l'arrêt attaqué, le médecin avait déclaré à l'assuré en juillet 2018 qu'il n'existait pas d'indication opératoire; toutefois, les choses pouvaient évoluer, la hernie devenir symptomatique et un traitement entrer en considération à l'avenir. Ces éléments découlent du témoignage de ce praticien. Or, l'assuré n'accorde aucun crédit à ces propos, tenus près de trois ans après la consultation médicale. Ils contrediraient l'attestation rédigée par le même médecin le 9 décembre 2019, laquelle ne mentionne pas cette évolution. Cette lacune ne s'apparente pas à une contradiction, n'en déplaît à l'assuré. Quant au temps qui s'est écoulé entre la consultation et le témoignage, il n'est pas suffisamment important pour remettre en cause sa crédibilité, d'autant moins que le médecin s'est montré suffisamment affirmatif. En définitive, l'assuré échoue dans la démonstration d'un quelconque arbitraire, ce qui conduit à rejeter cette première branche de griefs.

E. 5

L'assuré dénonce également une violation de l' art. 247 al. 1 et 2 let. a CPC . Son propos peut se résumer ainsi: compte tenu de la contradiction existant entre les déclarations du Dr D. _____ comme témoin et le contenu de son attestation écrite du 9 décembre 2019, la cour cantonale aurait dû demander au médecin s'il maintenait ou non ses déclarations. Ce

grief ne saurait prospérer: l'assuré voit une contradiction là où il n'y en a pas, comme cela a déjà été relevé. S'il estimait véritablement que ce témoin se contredisait, il lui était loisible de poser des questions complémentaires, ce qu'il ne prétend pas avoir fait; mais il ne peut se plaindre a posteriori d'une violation de la maxime inquisitoire sociale.

E. 6

Enfin, l'assuré invoque une violation des art. 4 et 6 aLCA: en présence d'une question évasive, une approche restrictive eût été de rigueur. Or, la cour cantonale aurait conduit son raisonnement dans une toute autre optique, admettant largement la réticence alors que l'assuré, à l'issue de sa consultation chez un spécialiste, aurait obtenu l'assurance qu'il n'avait rien ni aucun traitement à entreprendre, ses symptômes se réduisant à une élévation indolore au niveau du ventre. L'assuré fonde son argument sur des faits qui s'écartent de ceux retenus dans l'arrêt attaqué. En réalité, quelques mois à peine avant de remplir le questionnaire de santé, il était allé consulter un spécialiste parce que son nombril avait changé de forme et qu'il s'en inquiétait. Ce spécialiste a diagnostiqué une hernie ombilicale, certes en se montrant rassurant et en indiquant qu'il n'y avait pas de raison de s'inquiéter, aucun traitement n'étant à envisager. Il a cependant émis une réserve, en ce sens que les choses pouvaient évoluer, la hernie devenir symptomatique et nécessiter un traitement. Si tel était le cas, il se tenait à disposition du patient. Dans ces conditions, l'assuré ne pouvait en toute bonne foi, quelques mois plus tard, répondre « non » à la question de savoir s'il avait connaissance de « problèmes liés à [son] état de santé » n'ayant « pas encore fait l'objet de traitement ». Comme l'a relevé l'autorité précédente de façon convaincante, une hernie ombilicale a valeur de maladie selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10). Il ne s'agit donc pas d'une indisposition sporadique que l'assuré pouvait raisonnablement et de bonne foi considérer comme sans importance et passagère. D'autant moins que son médecin l'avait expressément informé du risque d'évolution néfaste. Ce dernier grief est dès lors, tout comme les précédents, dépourvu de fondement.

E. 7

Partant, le recours doit être rejeté dans son entier, aux frais de son auteur (art. 66 al. 1 LTF). Il sera cependant dispensé de verser des dépens à son adverse partie dès lors qu'elle a procédé par l'intermédiaire de son service juridique.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.