

BGer 5C.103/2005 vom 26. September 2005

Bundesgericht, 2005-09-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_5C.103_2005

FR: TF 5C.103/2005 du 26 septembre 2005

IT: TF 5C.103/2005 del 26 settembre 2005

Regeste

contrat d'assurance | Droit des contrats

Erwägungen

E. 1.1

Interjeté par la partie qui a succombé dans ses conclusions en paiement et dirigé contre un jugement final rendu en dernière instance cantonale par un tribunal supérieur (art. 48 al. 1 OJ) sur une contestation civile dont la valeur litigieuse atteint le seuil de 8'000 fr. (art. 46 OJ), le recours en réforme est recevable.

E. 1.2

Le recours en réforme est ouvert pour violation du droit fédéral (art. 43 al. 1 OJ). En revanche, il ne permet pas d'invoquer la violation directe d'un droit de rang constitutionnel (art. 43 al. 1, 2e phrase OJ) ou la violation du droit cantonal (ATF 127 III 248 consid. 2c). Dans son examen du recours, le Tribunal fédéral ne peut aller au-delà des conclusions des parties, lesquelles ne peuvent en prendre de nouvelles (art. 55 al. 1 let. b OJ); en revanche, il n'est lié ni par les motifs que les parties invoquent (art. 63 al. 1 OJ), ni par l'argumentation juridique de la cour cantonale (art. 63 al. 3 OJ). Il peut donc admettre un recours pour d'autres motifs que ceux invoqués par la partie recourante et peut également rejeter un recours en adoptant une autre argumentation juridique que celle retenue par la cour cantonale (ATF 127 III 248 consid. 2c et les références citées).

E. 2

Le demandeur se plaint d'une violation des art. 4 et 6 LCA . Il estime que la réponse négative qu'il a donnée à la question 5.7 de la demande d'admission était objectivement et subjectivement correcte.

E. 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). 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 (art. 6 LCA).

E. 2.2

L'assuré n'a une obligation de déclaration qu'en relation avec un questionnaire ou d'autres questions écrites de l'assureur (art. 4 al. 1 LCA). Il doit déclarer les faits importants pour l'appréciation du risque qui lui sont connus ou doivent lui être connus lors de la conclusion du contrat (art. 4 al. 1 in fine LCA). Selon la jurisprudence, il ne faut adopter ni un critère purement subjectif, ni un critère purement objectif pour juger si le proposant a violé ou non son obligation de renseigner, laquelle s'apprécie au demeurant sans égard à une éventuelle faute du preneur. Ce qui est décisif, c'est de déterminer si et dans quelle mesure le proposant pouvait donner de bonne foi une réponse inexacte à 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. Il doit se demander sérieusement s'il existe un fait qui tombe sous le coup des questions de l'assureur; il remplit son obligation 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. 2b p. 237 et les arrêts cités). Celui qui tait des indispositions sporadiques qu'il pouvait raisonnablement de bonne foi considérer comme étant sans importance pour l'évaluation du risque et passagères, sans devoir les tenir pour une cause de rechute ou de symptômes d'une maladie imminente aiguë, ne viole pas son devoir de renseigner (ATF 116 II 338 consid. 1b p. 340 et les références). En raison de la rigueur de la loi, qui prévoit la résolution du contrat et non son adaptation, il ne faut admettre l'existence d'une réticence qu'avec la plus grande retenue (ATF 118 II 333 consid. 2b in fine p. 338) Le Tribunal fédéral revoit librement en instance de réforme si l'assuré pouvait de bonne foi ne pas indiquer ou indiquer inexactement un fait.

E. 3

Le demandeur soutient que la formulation de la question 5.7 est très limitative et qu'elle ne vise que les maladies et affections d'une certaine gravité de la colonne vertébrale à l'exclusion d'autres problèmes dorsaux. Or il n'avait éprouvé, en 1987, que des maux de dos, sans suite au-delà du traitement nécessaire. Le demandeur estime par ailleurs que la question 5.7 vise principalement l'existence d'une maladie des os, des articulations et des muscles et non les affections de la colonne vertébrale qui n'est qu'un exemple, de sorte que l'appréciation de l'expert qui a estimé que la symptomatologie présentée en 1987 entrerait dans la définition d'affections de la colonne vertébrale est sans portée. Enfin, la question ne serait pas claire et devrait être interprétée en défaveur de celui qui l'a formulée.

E. 3.1

Les principes généraux de l'interprétation des contrats s'appliquent au contrat d'assurance, pour autant que la loi spéciale ne contienne pas de dispositions particulières (cf. art. 100 al. 1 LCA). Lorsque, s'agissant de l'interprétation d'une disposition contractuelle, la volonté réelle et concordante des parties ne peut être déterminée ou qu'elle est divergente, il y a lieu de rechercher comment cette disposition pouvait et devait être comprise par un destinataire de bonne foi, compte tenu de l'ensemble des circonstances (interprétation selon le principe de la confiance, cf. ATF 130 III 417 consid. 3.2 p. 425 et les arrêts cités). En l'espèce, il s'agit de déterminer si, pour un lecteur de bonne foi, la question 5.7 visait une affection telle que la lombosciatique dont avait souffert le demandeur en 1987.

E. 3.2

Cette question est ainsi libellée: « Etes-vous ou avez-vous été atteint des affections ou maladies suivantes: maladies des os, articulations et muscles, telles que, par exemple,

atrophie musculaire, rhumatismes, affections de la colonne vertébrale, discopathie, sciatique ?". Telle qu'elle est formulée, la question concerne aussi bien les maladies que les affections de la colonne vertébrale et donc du dos en général, sans aucune limite de temps. Tel est le cas des douleurs lombaires dont a souffert le demandeur en 1987, même neuf ans auparavant, puisqu'elles l'ont empêché de travailler durant près de trois mois. Un lecteur de bonne foi pouvait et devait donc les assimiler aux maladies et affections décrites par la question litigieuse.

E. 3.3

Le principe d'interprétation subsidiaire « in dubio contra stipulatorem » invoqué par le demandeur n'a pas à être examiné. Ce n'est en effet que si les principes ordinaires d'interprétation laissent subsister un doute que l'on interprète une clause en défaveur de celui qui l'a rédigée (ATF 122 III 118 consid. 2d; 118 II 342 consid. 1a p. 344).

E. 4

Il s'agit ensuite de déterminer si le demandeur pouvait, de bonne foi, répondre négativement à la question 5.7 précitée, eu égard à la connaissance qu'il avait de la situation (cf. supra, consid. 2.2)

E. 4.1

Le demandeur fait valoir qu'il est un travailleur manuel qui n'a aucune connaissance particulière en matière médicale, qu'il est généralement en parfaite santé et se considère comme tel. Il ne se serait pas vu communiquer en 1987 de diagnostic précis en termes médicaux et en était resté à l'idée qu'il avait simplement souffert de maux de dos. Il ne savait pas et n'avait pas de raison de croire qu'il s'agissait d'une maladie et non d'un événement isolé. Comme il pratiquait un métier éprouvant qui impliquait des efforts physiques fréquents et soutenus, avoir mal au dos à de rares occasions n'avait pour lui rien d'anormal et ne signifiait pas à ses yeux qu'il souffrait d'une maladie ou d'une affection.

E. 4.2

Le demandeur ne conteste pas avoir souffert du dos en 1987 ni avoir dû, à cette occasion, cesser totalement toute activité professionnelle durant deux mois et à 50 % durant un mois. Il n'a pas non plus été constaté que le demandeur aurait oublié cet épisode lors de la signature de la demande d'admission en 1996. Il était donc en mesure de se rendre compte, en réfléchissant sérieusement, que les douleurs éprouvées en 1987 étaient suffisamment importantes pour tomber sous le coup de la question 5.7. Qu'il n'ait pas connu la terminologie exacte de ces douleurs et n'ait pas de connaissances médicales particulières n'est pas déterminant. D'après ce qu'il savait, il ne pouvait lui échapper de bonne foi que des douleurs dorsales ayant entraîné un arrêt de travail de presque trois mois étaient susceptibles d'influencer la décision de l'assureur quant à l'étendue de la couverture perte de gain qu'il allait lui accorder.

E. 4.3

Ainsi, en répondant non à la question qui concernait les maladies et affections de la colonne vertébrale, le demandeur a manqué à son devoir de renseigner de manière exacte l'assureur sur son état de santé (art. 4 LCA). La cour cantonale n'a donc pas violé le droit fédéral en retenant l'existence d'une réticence au sens de l' art. 6 LCA .

E. 5

Le demandeur compare son cas avec l'arrêt 5C.56/2003, où le recourant avait éprouvé des maux de dos ayant nécessité un traitement d'une durée de cinq mois environ. Lors de la conclusion d'une police d'assurance une année plus tard, il avait répondu par la négative à une question mentionnant notamment des "douleurs dans le dos ou dans la région lombaire". Le Tribunal fédéral n'avait toutefois pas considéré qu'il s'agissait d'un cas de réticence.

E. 5.1

Dans l'arrêt cité par le demandeur, le preneur d'assurance avait été victime, en janvier 1995, d'un accident d'importance mineure (chute sur le coccyx) ayant nécessité un traitement ambulatoire d'une durée de cinq mois. En avril 1996, il s'était intéressé à la conclusion d'une assurance perte de gain maladie, et avait répondu négativement à la question suivante: « avez-vous souffert ou souffrez-vous actuellement de maladies des os, (...) douleurs dans le dos ou dans la région lombaire, lumbago, sciatique, hernie discale ou autres affections de la colonne vertébrale? ». En 1997, il s'était plaint de maux de dos. L'interprétation de la question n'a pas donné lieu à discussion. Le cas de réticence a été nié pour deux motifs principaux: d'une part, les douleurs consécutives à l'accident étaient limitées à la région sacro-coccygienne et le recourant ne s'était jamais plaint de douleurs dorsales avant mai 1997; d'autre part, il ne pouvait signaler des douleurs dorsales qu'il n'avait jamais eues et n'avait pas à indiquer celles du coccyx puisqu'elles n'étaient pas visées par la question susmentionnée. Au demeurant, il était établi que le recourant croyait que sa chute de janvier 1995 constituait un incident mineur dont il était totalement guéri, et il ressortait de l'expertise que ledit épisode devait être effectivement considéré comme banal.

E. 5.2

La situation du demandeur est différente à plusieurs égards. Lorsqu'il a conclu une assurance perte de gain en avril 1996, le demandeur avait déjà souffert de douleurs lombaires, notamment en 1987. Le recourant de l'arrêt 5C.56/2003 n'avait au contraire connu que des douleurs de la région sacro-coccygienne, non visées par le questionnaire de santé qu'il a dû remplir. Par ailleurs, l'épisode de 1987 a obligé le demandeur à interrompre son activité professionnelle durant deux mois à 100% et un mois à 50%. De son côté, le recourant de l'arrêt 5C.56/2003 n'a pas eu besoin d'un arrêt de travail pour se rétablir complètement de sa chute, alors même qu'il effectuait, comme le demandeur, un travail impliquant des efforts physiques (employé d'entretien au CHUV). Enfin, le recourant de l'arrêt 5C.56/2003 n'a pas été victime d'une maladie, comme le demandeur, mais d'un accident; or la jurisprudence estime qu'un profane en médecine n'a pas à considérer comme de véritables maux de dos devant être mentionnés lors de la conclusion d'une assurance maladie des douleurs lombaires déclenchées par un accident, qui cessent après un traitement relativement bref et ne réapparaissent pas (ATF 101 II 339 consid. 2b p. 345).

E. 6

Subsidiairement, le demandeur soutient que la déclaration de résolution de la police n. xxx n'est pas conforme aux exigences posées par la jurisprudence.

E. 6.1

Selon la jurisprudence, l'acte par lequel l'assureur déclare se départir du contrat pour cause de réticence doit décrire de façon circonstanciée le fait non déclaré ou inexactement déclaré. N'est pas suffisamment motivée la déclaration de réticence qui ne mentionne pas la question à laquelle le preneur d'assurance n'a pas répondu ou répondu de manière inexacte (ATF 129

III 713 consid. 2.1 p. 714; 110 II 499 consid. 4c p. 502).

E. 6.2

En l'espèce, la défenderesse a déclaré se départir du contrat par courrier du 12 novembre 1999 en ces termes: "Votre médecin, le Dr Ph. C. _____, 1800 Vevey, nous a remis un certificat suite à votre déclaration de maladie du 03.09.1999. A l'examen de ce document nous constatons malheureusement que l'affection dorsale actuellement en traitement a déjà été soignée à plusieurs reprises depuis 1987 par le même médecin. Pour votre inclusion dans l'assurance perte de gain maladie et l'assurance contre les accidents vous avez rempli et signé deux questionnaires relatifs à votre état de santé en date du 02.04.1996. Or vous ne faites aucune mention de cette affection importante aux questions 5.7 de la demande d'admission, respectivement 16 de la proposition mobisana. Il s'agit en l'occurrence d'un antécédent important que vous ne pouviez ignorer et que vous deviez absolument déclarer". Le demandeur relève que « l'affection dorsale actuellement en traitement » est une hernie discale et que celle-ci n'existait pas avant la signature du contrat d'assurance en 1996. Il ne pouvait donc la déclarer à ce moment-là. Le demandeur ajoute que le courrier litigieux ne fait référence à aucun autre fait important qu'il aurait omis de mentionner lors de la signature de la proposition d'assurance. Il ne lui était donc pas possible de déduire précisément de ce courrier quelle affection il n'aurait pas déclarée. Le demandeur joue sur les mots et feint d'ignorer qu'il était traité, en novembre 1999, pour une hernie discale et une lombosciatique. Or cette dernière pathologie l'avait déjà affecté en 1987, soit avant la signature du contrat d'assurance. Quoi qu'il en soit, le courrier litigieux est rédigé de telle manière que le demandeur était en mesure de comprendre, de bonne foi, que la défenderesse lui reprochait de ne pas avoir déclaré les douleurs dorsales dont il avait souffert en 1987. Elle mentionnait notamment le numéro des questions auxquelles elle estimait que le demandeur n'avait pas correctement répondu et joignait à son courrier une copie des questionnaires de santé remplis et signés. La déclaration de résolution de la police n. xxx pour cause de réticence était par conséquent suffisamment précise au regard de la jurisprudence topique.

E. 7

Au vu de ce qui précède, le recours en réforme sera rejeté. Le demandeur succombant, il supportera les frais de la procédure fédérale (art. 156 al. 1 OJ). Il ne sera pas alloué de dépens à la défenderesse, qui n'a pas été invitée à répondre au recours.

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