

FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20060308_f_be_u_01 vom 8. März 2006

FINMA Versicherungsrecht, 2006-03-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/finma_versicherungsrecht_20060308_f_be_u_01

FR: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20060308_f_be_u_01 du 8 mars 2006

IT: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20060308_f_be_u_01 del 8 marzo 2006

Erwägungen

E. 1

La demande est une action en paiement fondée sur un contrat d'assurance selon la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA ; RS 221.229.1). En vertu des art. 2 et 22 LFors, 3 LiCCS, 2 CPC et 18 chiffre 5 des Conditions générales de l'assurance individuelle d'une indemnité journalière selon LCA, édition 01.08.2000 (PJ 1 de la réponse), le Président du Tribunal de l'arrondissement judiciaire I est compétent raison du lieu et de la matière, le demandeur étant domicilié dans l'arrondissement judiciaire I. Introduite au surplus dans le respect des formes et délais légaux, la demande est recevable. Il sied dès lors d'entrer en matière.

E. 2

a) Aux termes de l'art. 6 LCA, si celui qui devait faire la déclaration a, lors de la conclusion du contrat, 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. Les articles 4 à 8 LCA prévoient le devoir, pour le proposant, de communiquer l'assureur les faits importants pour l'appréciation du risque. Le devoir de déclarer (« Anzeigepflicht ») s'impose au proposant en vertu de l'art. 4 al. 1 LCA. L'agent d'assurance ne saurait ainsi commettre une réticence. Il se définit en effet comme un tiers au contrat (Guisan, La réticence dans le contrat d'assurance, in RSA 1983 (51) pp. 295-303 + 317-333). Aux termes de l'art. 4 al. 1 LCA, le devoir de déclaration du proposant est circonscrit à l'obligation de répondre aux questions qui lui sont posées par l'assureur. Il n'a donc pas d'obligation générale d'informer (Maurer, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 3éd., Berne 1995, p. 251 n° 2). Quant à la portée de ce devoir, doivent être déclarés les faits importants pour l'appréciation du risque (art. 4 al. 1 LCA).

- 19 - L'art. 4 al. 2 LCA énonce une définition légale des faits importants. Il s'agit des faits qui, si l'assureur en avait eu connaissance, auraient influé sur sa volonté de conclure l'assurance ou de la conclure à certaines conditions. Il découle du parallélisme entre les art. 4 et 6 LCA que la notion de fait important doit s'examiner au regard de critères objectifs et subjectifs simultanément (RBA XIX 16). Prise dans un sens objectif, la notion de violation de l'obligation de déclarer un fait important exprime qu'une déclaration ne correspond pas à la réalité, soit qu'elle lui est contraire, soit qu'elle est incomplète. En ce sens, le proposant doit annoncer les faits importants qui lui sont connus, c'est-à-dire dont il est vraiment conscient sans autre réflexion en faisant abstraction de la connaissance effective et subjective qu'il a des faits concrets (RBA XIX 14). Mais il faut encore tenir compte des circonstances propres à chaque cas d'espèce, y compris les caractéristiques particulières du

proposant, telles que sa formation ou sa situation. En ce sens, le proposant doit déclarer les faits tels qu'ils doivent lui être connus, c'est-à-dire les faits qui ne peuvent lui échapper s'il réfléchit sérieusement aux questions de l'assureur. S'il n'est pas nécessaire qu'il procède à des investigations approfondies ou s'informe auprès de tiers de manière systématique, il doit tout de même se renseigner au besoin pour donner des indications précises (RBA XIII 17). Il y a ainsi réticence si l'ignorance du proposant repose sur un manque de diligence. Ce qui est décisif, c'est la manière dont le proposant pouvait comprendre les questions de l'assureur en respectant les principes de la bonne foi et de la confiance (RBA XIX 16). Il se peut ainsi qu'une déclaration objectivement fautive soit subjectivement exacte. Tel est le cas par exemple lorsque le proposant ignore qu'il est atteint du cancer parce que ses proches et son médecin le lui ont caché. Il n'y a alors pas de réticence. Il suffit que la déclaration soit subjectivement exacte (Viret, *Droit des assurances privées*, 3e éd., Zurich 1991, p. 102). Sont réputés importants les faits à propos desquels l'assureur a posé une question précise et non équivoque par écrit (art. 4 al. 3 LCA). Cette présomption est réfrangible. Le proposant, respectivement le preneur, peut ainsi tenter de prouver qu'une question qui lui a été posée n'était, en réalité, pas importante, c'est-à-dire que l'assureur aurait quand même conclu le contrat aux mêmes conditions s'il avait eu

- 20 - connaissance du fait non révélé (Viret, *op. cit.*, p. 100; Maurer, *op. cit.*, p. 252 n. 3; Guisan, *op. cit.*, p. 302; RBA XV 12; RBA XVI 6). Cette preuve sera difficile à rapporter, car elle porte sur un fait négatif personnel à l'assureur et, qui plus est, interne, puisqu'il s'agit de la volonté. L'application de l'art. 8 CCS est donc tempérée, selon les règles de la bonne foi, par l'obligation imposée à l'assureur de contribuer à éclaircir la situation de fait en apportant la preuve du contraire, l'échec de cette preuve pouvant constituer un indice de l'inexistence du fait (RBA XVI 6). En tous les cas, il importe donc de déterminer si la présomption légale s'applique ou non, c'est-à-dire si les questions posées par écrit par l'assureur sont suffisamment précises et sans équivoque, ainsi que l'exige l'art. 4 al. 3 LCA. Pour répondre à cette question, il faut tenir compte des facultés mentales et du degré de culture du proposant (RBA V 73). Lorsque le proposant ne connaît pas le sens propre des termes techniques employés par l'assureur dans son questionnaire, il peut les interpréter comme le lui permet la manière de voir de son milieu, en particulier selon le langage courant (RBA XIII 19; RBA XIV 9 ; ATF 101 II 339 = JT 1976 I 627 [arrêt « lumbago »]). Cette exigence découle du principe de la confiance (Maurer, *op. cit.*, p. 253 n. 3). Lorsque le proposant ne comprend pas le sens d'une expression, il doit en demander la signification à l'agent d'assurance avec lequel il traite (Guisan, *op. cit.*, p. 320; Viret, *La réticence dans l'assurance-maladie privée et sociale in RSA 1975/76* (43)p. 33, sp. 37). Il agit à ses risques et périls lorsqu'il répond par la négative à une question claire en soi, au sujet d'un fait important, bien qu'il ne l'ait pas comprise ou l'ait mal comprise, en donnant aux termes utilisés la signification commune qui lui est familière (RBA XIII 19). Il ne commet en revanche pas de réticence lorsque l'inexactitude de sa réponse provient de ce que la question a été mal formulée et n'a pas été comprise par lui (RBA V 65). Le devoir de déclarer du proposant s'étend jusqu'au moment de la conclusion du contrat, c'est-à-dire jusqu'à l'acceptation de la proposition par l'assureur. Lorsque le proposant n'a connaissance qu'après la signature du contrat de faits importants antérieurs à la signature et qu'il ne lui est plus possible de les communiquer à l'assureur avant la conclusion du contrat, il n'y a pas de violation du devoir de déclarer, ni de réticence (RBA XV 22).

- 21 - Lorsqu'une réticence a été commise par le proposant, il est sans pertinence que le risque omis ou faussement déclaré ait influencé la survenance d'un cas d'assurance (RBA XII 16). Le proposant ne saurait ainsi exciper des conséquences de la réticence en invoquant que le fait tu ou incorrectement déclaré n'est pas dans un rapport de causalité avec le sinistre ouvrant son droit aux prestations d'assurance. En revanche, un lien de causalité est exigé dans la mesure où le fait qui a été passé sous silence ou faussement déclaré doit avoir influencé la décision de l'assureur de conclure le contrat ou de le conclure aux conditions convenues (art. 4 al. 2 LCA). Il appartient à l'assureur de prouver que le proposant connaissait ou devait connaître le fait important. La preuve ne devra pas être admise à la légère, car la réticence ne peut être reconnue qu'avec la plus grande retenue (RBA XVI 9 ; ATF 101 II 339 = JT 1976 I 627 ; ATF 116 II 338). b) En l'espèce, la défenderesse reprochant au demandeur de ne pas avoir mentionné qu'il souffrait d'une maladie valvulaire aortique (PJ 4 de la demande et PJ 13 de la réponse), et d'avoir passé sous silence ses douleurs dorso-lombaires (dossier, p. 25), seule l'obligation de déclarer en rapport avec ces affections doit être examinée. Il faut rappeler à cet égard que l'assureur n'est pas lié par les motifs invoqués dans la déclaration de résiliation, et qu'il peut motiver sa décision de résilier le contrat en établissant d'autres faits ultérieurement. C'est la raison pour laquelle la défenderesse a été admise à faire la preuve de l'existence de problèmes dorso-lombaires, fait dont elle ne s'est prévalu que dans son mémoire de réponse. Le premier point à trancher consiste à déterminer si la présomption légale de l'art. 4 al. 3 LCA s'applique aux questions de la proposition d'assurance (PJ 1 de la demande et PJ 3 de la réponse) en rapport avec cette affection. La question n° 3 est libellée ainsi : « Etes-vous actuellement en traitement, sous observation médicale ou présentez-vous des séquelles d'une maladie / d'une infirmité / d'une intoxication ou une capacité de travail réduite ? ». Chacun de ces termes doit être considéré comme clair et non équivoque. Les notions de « traitement médical », « observation médicale », « maladie », « infirmité », « intoxication » et « capacité de travail » sont en effet employées couramment et doivent manifestement prendre un sens non équivoque dans la mesure où elles s'inscrivent dans le

- 22 - cadre d'un « questionnaire de santé ». Il en va de même de la notion de « séquelles ». La question n° 8 de la proposition d'assurance a la teneur suivante : « Vous êtes-vous soumis(e) à des tests médicaux ou de laboratoire qui se seraient révélés anormaux (par exemple : radiographies, électrocardiogrammes, échocardiographies, examens d'urine ou de sang, tests hépatiques ou du foie, tomographie, scanner, rayons X, etc.) ? ». Force est d'admettre que ces termes sont suffisamment clairs et précis. Les termes de « tests médicaux ou de laboratoire » sont couramment utilisés. Par ailleurs, grâce à la liste d'exemples, le proposant doit sans difficulté comprendre de quoi il est question. La question n° 13b est posée ainsi : « Souffrez-vous actuellement ou avez-vous souffert de troubles de la santé ou avez-vous des dispositions aux maladies suivantes: de l'appareil cardio-vasculaire (par ex. troubles cardiaques, tension artérielle, embolies, varices, thrombose) ? ». Une fois encore cette question est précise et sans équivoque. En particulier, un « trouble de la santé » et une « maladie » sont des notions claires. En effet, ces termes sont employés couramment, plus ou moins comme synonymes, et doivent manifestement prendre un sens non équivoque dans la mesure où, par le descriptif donné à titre d'exemple, le proposant doit sans difficulté comprendre de quoi il est question. Enfin, la question n° 13e du questionnaire de santé est énoncée comme suit : « Souffrez-vous actuellement ou avez-vous souffert de troubles de la santé ou avez-vous des dispositions aux maladies suivantes : du dos (par ex. hernie discale, atteintes cervicales, sciatique, lumbago) ? ». Les mêmes remarques que pour la question n°

13b peuvent être faites ici. Etant ainsi établi que les questions de la proposition énumérées plus haut concernent des faits importants au sens de l'art. 4 LCA, il convient de déterminer si le demandeur a répondu correctement à ces questions, compte tenu du sens qu'il pouvait leur donner, de bonne foi, au vu de sa situation personnelle et de l'ensemble des circonstances. L'administration des preuves a permis d'établir que le demandeur a répondu par la négative à la question n° 3 du questionnaire de santé (« Etes-vous actuellement en traitement, sous observation médicale ou présentez-vous des séquelles d'une maladie / d'une infirmité / d'une intoxication ou une capacité de travail réduite ? »). Il

- 23 - n'en ressort en revanche pas que le demandeur aurait été en traitement en mai 2002. En effet, les seules consultations médicales de cette période ont été prodiguées par le Dr P, médecin traitant de l'époque, et ont consisté en des « analyses de contrôle » d'après les termes employés par ce médecin (rapport du Dr P du 29 septembre 2005, p. 106 du dossier). Or, le demandeur a mentionné un dernier « contrôle » chez le Dr P remontant au mois d'octobre 2001, en répondant à la question n° 1. On ne saurait dans ce contexte exiger du demandeur qu'il qualifie de « traitement ou d'observation médicale au sens de la question n°

E. 3

a) L'art. 6 LCA stipule que l'assureur n'est pas lié par le contrat, en cas de réticence, à condition qu'il s'en départisse dans les quatre semaines à partir du moment où il a connaissance de la réticence. L'assureur doit manifester clairement sa volonté de se départir du contrat. Une simple réserve de sa part ne suffit pas, pas plus qu'une résolution conditionnelle (Viret, Droit des assurances privées, p. 103). Dès lors, l'assureur se trouve devant une simple alternative : soit il résout le contrat, quitte à négocier par la suite sa remise en vigueur, soit il ne résout pas le contrat qui continue par conséquent à s'appliquer sans modification. Mais il n'y a pas de demi mesure.

- 29 - Pour déterminer le point de départ du délai de quatre semaines, c'est-à-dire le moment auquel l'assureur a eu connaissance de la réticence, il faut se fonder sur la connaissance effective de la réticence, et non sur le moment où l'assureur aurait dû en avoir la conscience s'il avait fait preuve de la diligence nécessaire (RBA VII 45). Le délai ne commence ainsi à courir que lorsque l'assureur reçoit des renseignements dignes de foi sur des faits dont on peut déduire avec certitude qu'une réticence a été commise. De simples présomptions qui incitent à penser, avec plus ou moins de vraisemblance, qu'une réticence a été commise ne sont pas satisfaisantes (RBA XIX 16). Si plusieurs faits importants ont été cachés, et sont découverts successivement, à des dates différentes, un nouveau délai recommence chaque fois à courir (RBA XV 17). La motivation de l'assureur pour invoquer la réticence doit s'apprécier sans formalisme excessif, de sorte que l'on ne peut pas, par exemple, reprocher à l'assureur d'avoir fait référence, dans sa notification de résiliation du contrat, à une question de la proposition d'assurance qui n'avait pas reçu de réponse, au lieu de viser précisément une autre question, relative par ailleurs à la même problématique, qui a reçu une réponse négative et contraire à la vérité (ATF 110 II 499). La jurisprudence admet ainsi la motivation tardive d'une réticence par l'assureur, d'abord déclarée en se fondant sur un fait particulier, puis justifiée en procédure sur d'autres faits (ATE 51 II 452 = JT 1925 I 591). Si l'assureur laisse passer le délai de quatre semaines, il est définitivement déchu du droit d'invoquer la réticence, sous réserve de la découverte de faits ultérieurs. La loi pose en effet une présomption irréfragable que l'assureur renonce ainsi à résoudre le contrat (Viret, La réticence dans l'assurance-maladie privée et sociale, p. 46). En revanche,

il n'existe pas de délai absolu qui permettrait au simple écoulement du temps de couvrir le vice de la réticence. L'assureur peut ainsi, à n'importe quel moment de la durée du contrat, découvrir un cas de réticence et l'invoquer pour résilier le contrat dans les quatre semaines suivant sa connaissance, sous réserve bien sûr d'une clause d'incontestabilité au sens de l'art. 8 ch. 5 LCA.

- 30 - Il faut encore rappeler que le délai de quatre semaines n'est respecté que pour autant que la déclaration de l'assureur soit parvenue au preneur d'assurance dans le délai. Il s'agit en effet d'un acte soumis à réception. Enfin, la résolution déploie des effets ex tunc, de sorte qu'elle rétroagit au jour de la conclusion du contrat. b) En l'espèce, il est établi en fait que c'est par rapport du Dr G du 7 août 2003, posté le 11 août 2003 (PJ 6 de la réponse), que la défenderesse a eu pour la première fois connaissance des affections justifiant l'incapacité de travail pour laquelle elle avait reçu un certificat médical le 15 juillet 2003 (PJ 4 de la réponse). Le rapport du Dr G indique, sous chiffre 5, que les premiers symptômes concernant les problèmes de dos sont perceptibles par le demandeur « depuis des années », et que les douleurs thoraciques sont « chroniques ». Le chiffre 6 précise que le demandeur a connaissance du diagnostic de la maladie valvulaire « depuis longtemps ». Enfin, le point 8 mentionne que cette affection a fait l'objet d'un traitement auprès d'un autre médecin en « ? 2002 ». Sur la base de ces renseignements, l'on peut se demander si le demandeur souffrait d'une maladie valvulaire et en avait connaissance déjà au moment de la conclusion du contrat. Toutefois, les termes « depuis longtemps » rapprochés de la date approximative « ? 2002 » font douter que cette connaissance soit antérieure à 2002 et ne permettent en tout cas pas de déterminer si cela est antérieur ou postérieur à la conclusion du contrat suite à la proposition du 21 mai 2002. La défenderesse a ensuite demandé un rapport au Dr C, mentionné dans le rapport du Dr G, et au Dr R, apparemment évoqué par le demandeur lors d'un appel téléphonique avec Mme L (dossier, p. 45). Ces deux demandes ont été faites le 22 août 2003. Le Dr C a rédigé son rapport le 26 août 2003 (PJ 10 de la réponse). Il y est fait état du diagnostic précis posé par ce thérapeute, de la date de la consultation, de la date à laquelle le demandeur a été informé du diagnostic, et des dates des contrôles subséquents effectués par le Dr C. Ces renseignements dépassent largement le cadre de ceux contenus dans le rapport du Dr G.

- 31 - Le rapport du Dr R, daté du 18 septembre 2003, fait état de manière claire et complète des deux consultations du demandeur en 1997 et 2001 (PJ 12 de la réponse). Il établit notamment précisément la date de la consultation en rapport avec les lombalgies, les motifs de la consultation, le diagnostic qui a été posé, les observations qui ont été faites, et le traitement qui a été prodigué. Il s'agit manifestement de renseignements dépassant très largement ce qui ressortait du rapport du Dr G. Force est ainsi de constater que les renseignements obtenus de la part des Drs C et R contiennent des précisions qui ne figuraient pas dans le rapport du Dr G et qui sont cruciales pour déterminer l'existence ou non d'un cas de réticence, compte tenu des questions posées dans la proposition d'assurance en cause, à savoir les affections précises dont il est question (diagnostics précis), la date à laquelle le demandeur a été informé des diagnostics, les symptômes ressentis et les traitements prodigués. Ces éléments permettent de déduire avec certitude qu'une réticence a été commise. A l'opposé, le rapport du Dr G contenaient des faits imprécis et approximatifs qui ne permettaient tout au plus à la défenderesse que de faire des déductions hasardeuses sur la commission éventuelle d'une réticence. Les rapports des Drs C et R ont donc fait bien plus que confirmer des soupçons contenus dans les faits énoncés par le Dr G. Sachant par

ailleurs les lourdes conséquences d'un cas de réticence, l'on ne saurait reprocher à la défenderesse d'avoir cherché à vérifier l'exactitude de ses soupçons. La défenderesse a de surcroît agi avec toute la diligence que l'on pouvait attendre d'elle, dans des délais tout à fait raisonnables compte tenu de la nécessité de prendre chaque fois l'avis de son médecin-conseil. Ainsi, chacun des rapports des Drs C et R a fait démarrer un délai de quatre semaines pour invoquer la réticence. Le premier de ces rapports étant daté du 26 août 2003, il apparaît dès lors qu'en invoquant la réticence par courrier du 22 septembre 2003, que le demandeur ne conteste pas avoir reçu dans les délais usuels, la défenderesse a agi dans le respect du délai légal de quatre semaines.

- 32 - Le courrier du 22 septembre 2003 satisfait par ailleurs les conditions formelles de la résiliation, puisque la défenderesse y a manifesté clairement sa volonté de se départir du contrat. Il découle ainsi de tout ce qui précède que le contrat d'assurance individuelle d'indemnité journalière a été valablement résilié, dans son intégralité, de sorte que la demande doit être purement et simplement rejetée.

E. 4

Vu ce qui précède, il est sans pertinence de déterminer si le sinistre était déjà survenu au moment de la conclusion du contrat (art. 9 LCA).

E. 5

Aux termes de l'art. 58 al. 1 CPC, la partie qui succombe sera, en règle générale, condamnée au remboursement intégral des dépens de son adversaire. Les dépens, au sens de cette disposition, comprennent les frais judiciaires (v. art. 65 CPC). En l'espèce, la procédure est gratuite (art. 47 al. 3 LSA). L'on ne saurait retenir, malgré l'issue du litige, que le demandeur a agi de manière téméraire. Dans ses conclusions prises en plaidoiries finales, la défenderesse a demandé que les dépens soient mis à la charge du demandeur. La défenderesse, qui au demeurant était représentée par deux collaboratrices et non par un avocat indépendant, n'a toutefois déposé aucun état de dépens ni de frais de déplacement (v. art. 65 CPC). Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de lui allouer de dépens. Enfin, il convient de taxer les honoraires du mandataire d'office du demandeur. Vu la note d'honoraires présentée et le Décret sur des honoraires d'avocat (RSB 168.81), ceux-ci sont taxés comme suit : honoraires : fr. 6'700.00 dont les 2/3 fr. 4'466.65 d é b o u r s : f r . 3 1 5 . 6 0 T V A 7 , 6 % s u r f r . 4 ' 7 8 2 . 2 5 f r . 3 6 3 . 4 5 TOTAL fr. 5'145.70

- 33 -