

GE_GERICHTE A/2351/2003 vom 16. November 2004

GE Cour de justice, 2004-11-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2351_2003

FR: GE_GERICHTE A/2351/2003 du 16 novembre 2004

IT: GE_GERICHTE A/2351/2003 del 16 novembre 2004

Regeste

; LOI SUR LE CONTRAT D'ASSURANCE ; VIOLATION DE L'OBLIGATION D'ANNONCER ; STUPÉFIANT ; RÉSILIATION ; ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE ; ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE EN CAS D'HOSPITALISATION | LCA.4; LCA.6

Erwägungen

E. 2

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. c de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la loi sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994, et à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie et la demande de Monsieur B_____ doit être déclarée recevable.

E. 3

En l'occurrence, il s'agit de déterminer si le demandeur a commis une ou des réticences avant la conclusion du contrat d'assurance, en remplissant le formulaire de santé, réticences qui auraient induit en erreur la caisse et qui l'aurait amenée à accepter le demandeur pour les assurances complémentaires proposées.

E. 4

Il y a tout d'abord lieu de constater qu'il existe un litige entre les parties concernant la date de la conclusion des contrats ainsi que celle de leur entrée en vigueur. La LCA ne comprend pas de dispositions générales sur la conclusion du contrat d'assurance, hormis certaines règles particulières sur la proposition d'assurance (art. 1 à 3 LCA). L'art. 1^{er} al.1 LCA stipule que celui qui fait à l'assureur une proposition de contrat d'assurance est lié pendant 14 jours s'il n'a pas fixé un délai plus court pour l'acceptation. Ce délai commence à courir dès la remise ou dès l'envoi de la proposition à l'assurance ou à son agent (al. 3). Le proposant est dégagé si l'acceptation de l'assureur ne lui parvient pas avant l'expiration du délai (al. 4). L'art. 2 LCA traite de la proposition du preneur d'assurance de prolonger ou de modifier un contrat et l'art. 3 des conditions générales d'assurances qui doivent être remises au proposant avant qu'il ait transmis le formulaire contenant sa proposition de contrat. Ces règles ne sont pas très précises et la réglementation générale du code des obligations s'applique à la conclusion du contrat d'assurance, dans la mesure où les spécificités de la LCA n'y dérogent pas. Comme tout contrat, le contrat d'assurance se parfait par l'échange des manifestations de volontés réciproques et concordantes, avec cette particularité en matière d'assurances privées qu'elles se manifestent la plupart du temps entre absents (l'agent d'assurance n'est que négociateur et stipulateur, de sorte que c'est un organe de la

compagnie d'assurance qui est habilité à contracter) par une proposition émanant en principe du preneur d'assurance (c'est le client qui est le proposant), bien que l'initiative de la conclusion du contrat revienne généralement à l'assureur. Cet accord des volontés, qui prend naissance selon l'art. 1 al. 4 LCA au moment de la réception - effective ou objectivement possible - par l'assuré de l'acceptation de l'assureur, marque le début du contrat. Il concorde avec le principe accepté en droit commun pour la conclusion de contrat entre absents (art. 5 al. 1 CO) (cf. Jean-Benoît MEUWLY, La durée de la couverture d'assurance privée, p. 27 et ss., Editions universitaires fribourgeoises 1994). Selon l'art. 19 LCA, sauf stipulation contraire, la prime échoit pour la première période d'assurance au moment de la conclusion du contrat. Par période d'assurance il faut entendre les laps de temps d'après lesquels est calculée l'unité de prime. En cas de doute, la période d'assurance est d'une année (al. 1). L'assureur qui délivre la police avant le paiement de la première prime ne peut pas se prévaloir de clauses de la police portant que l'assurance n'entre en vigueur qu'après le paiement de cette prime (al. 2).

E. 5

En l'occurrence, c'est par courrier du 27 novembre 2000 que la caisse a admis sans réserve le demandeur pour tous les produits d'assurance choisis, à condition que ce dernier résilie les assurances auprès de sa caisse-maladie précédente, afin qu'elle puisse enregistrer les admissions avec effet au 1^{er} janvier 2001, ce qui a été fait à cette même date. Il ressort en tout cas des pourparlers que la volonté réciproque et commune des parties était de faire entrer en vigueur l'assurance au 1^{er} janvier 2001. La caisse a d'ailleurs émis des polices d'assurance LAMal et LCA en date du 11 janvier 2001, avec comme mention « valable dès le 1^{er} janvier 2001 » pour les deux types d'assurances. Il apparaît ainsi au Tribunal de céans que le contrat a été conclu au moment de la réception par l'assuré de son admission par la caisse sans réserve pour tous les produits d'assurances choisis, soit peu après le 27 novembre 2000, bien que cette admission soit intitulée «pro forma». Dès lors, les assurances ont bien pris effet, selon la commune et concordante volonté des parties au 1^{er} janvier 2001 et non pas, comme l'allègue la défenderesse lors du paiement de la première prime, ce qui d'ailleurs, au vu de l'émission d'une police d'assurance en date du 11 janvier 2001, serait contraire à l'art. 19 al. 2 LCA .

E. 6

En vertu 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 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. 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 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 4 semaines à partir du moment où il a eu connaissance de la réticence. Le proposant doit déclarer par écrit à l'assureur, suivant un questionnaire ou en réponse à toutes autres questions écrites, les faits qui sont importants pour l'appréciation du risque tels qu'ils lui sont ou doivent être connus lors de la conclusion du contrat, soit tous les éléments qui doivent être considérés lors de l'appréciation du risque et qui peuvent éclairer l'assureur, à savoir toutes les circonstances

permettant de conclure à l'existence de facteurs de risque (ATF 116 II 339 consid. 1a ; 116 V 226 consid. 5a et les arrêts cités). 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 violé ou non son obligation de renseigner. En effet, la loi n'impose pas seulement au proposant de communiquer à l'assureur, en réponse aux questions correspondantes, les faits importants pour l'appréciation du risque qui lui sont effectivement connus, mais également ceux qu'il devrait connaître. Ce qui est finalement 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. La loi exige du proposant qu'il se demande sérieusement s'il existe un fait qui tombe sous le coup des questions de l'assureur, mais non 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 posées (ATF 118 II 333 consid. 2b p. 337 et les arrêts cités ; MAURER, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 3ème ed. 1995, p. 251 et ss.).

E. 7

En l'occurrence, l'assureur invoque de nombreuses réticences de la part de son assuré, tel notamment le fait d'avoir omis de déclarer qu'il avait été fumeur, qu'il avait consommé des Nicorettes, qu'il avait été traité pour une bronchite, qu'il s'était coupé au poignet et qu'il avait consommé de la drogue sous forme de cannabis. En l'occurrence, il apparaît au Tribunal de céans que l'assuré a bien commis une réticence, mais uniquement sur ce dernier fait. En effet, aux termes du formulaire de santé, il avait été posé de manière très précise la question au demandeur de mentionner s'il avait déjà pris ou prenait des drogues. A cette question, l'assuré a répondu par la négative. Or, il a été traité ambulatoirement à la polyclinique psychiatrique de Prangins en date du 9 janvier 2001 (en couverture LAMal), notamment pour un syndrome de sevrage lié à la consommation de dérivés de cannabis (courrier des Drs F_____ et G_____ du 3 mai 2002). Le Dr D_____ de la clinique de la Métairie a en outre informé le médecin conseil d'HELSANA ASSURANCES SA en date du 29 janvier 2002 des motifs d'hospitalisation de l'assuré en date du 16 janvier 2002. Le demandeur avait été victime d'un épisode psychotique aigu avec symptôme schizophrénique (bouffées délirantes), sur fond de personnalité schizothymique. Le patient présentait des états dépressifs répétés depuis au moins un an en combinaison avec un abus d'alcool et de cannabis et autres drogues, ayant rendu nécessaire une prise en charge au centre de thérapie brève de Genève. Les premiers symptômes (état dépressif avec suicidalité) étaient apparus depuis probablement 2 ans. Il apparaît ainsi au vu des attestations médicales de ces trois médecins, que le demandeur avait consommé et consommait des drogues au moment où il a rempli le formulaire de santé, taisant ce fait d'importance, pour lequel il a dû être soigné en janvier 2001 déjà. Le demandeur a d'ailleurs reconnu lors de sa comparution personnelle du 9 mars 2004 consommer du cannabis depuis octobre 2000. Il n'a plus contesté les rapports médicaux figurant au dossier, faisant état de sa consommation de cannabis, ni le fait qu'il ait été soigné notamment concernant un syndrome de sevrage à cette substance à la clinique de Prangins, en janvier 2001. Il a d'ailleurs précisé à cette occasion qu'il était hypersensible aux drogues qui pouvaient être dangereuses pour sa santé. En janvier 2001, il avait subi une dépression, avec crises d'angoisse, qui étaient dues en partie à un problème sentimental, en partie à la

consommation de drogues et en partie à ses problèmes à l'école. Au vu de ces faits, le Tribunal de céans ne peut que constater que l'assuré a tu un fait important, soit sa consommation de cannabis, alors même qu'une question lui était posée, au passé comme au présent, concernant la consommation de drogues, qu'il se savait hypersensible à ces substances et connaissait leur dangerosité et l'effet négatif qu'elles pouvaient présenter pour lui. Il appert dès lors que sur ce point crucial, le demandeur a commis une réticence, au sens de l'art. 4 LCA.

E. 9

Il reste à examiner si l'assureur s'est départi des contrats dans le délai légal des quatre semaines à partir du moment où il a eu connaissance de la réticence (art. 6 LCA). L'effet légal (détermination du moment à partir duquel le délai court pour l'assurance pour se départir du contrat) se produit à l'avènement d'une condition purement objective, la connaissance de la réticence, et ne dépend nullement de la question de savoir si, en prêtant l'attention usuelle, l'assurance eût dû connaître plus tôt le fait sur lequel l'assuré a gardé le silence. S'agissant de l'exercice d'un droit limité dans le temps en ce sens que l'inobservation du délai légal a pour conséquence la déchéance du droit lui-même (faculté de résoudre le contrat), les principes communément admis en matière d'interprétation de la loi ne permettent pas d'aggraver cet exercice en interprétant extensivement le texte légal. Ce point de vue est corroboré par la considération plus générale que, dans d'autres rapports de droit également, celui qui est au bénéfice d'une déclaration positive de son co-contractant peut s'en tenir à cette déclaration sans avoir à contrôler l'exactitude, en se livrant à des investigations, même dans le cas où il y a des doutes à ce sujet. Le délai ne commence 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 apportent une plus ou moins grande vraisemblance, ne sont pas suffisantes (RBA XIV p. 67 let. b). Trois arrêts du Tribunal fédéral ont enfin, en 1983, 1988 et 1990, confirmé lapidairement cette jurisprudence de trois quarts de siècle, « en accord avec la doctrine ». Le délai de quatre semaines ne commence à courir que lorsque l'assureur « est complètement orienté sur tous les points touchant la réticence et qu'il a une connaissance effective, de simples doutes à cet égard étant insuffisant » (ATF 102 II 160 consid. 2a ; arrêt non publié P. contre B. du 4 février 1988 consid. 2b ; ATF 116 V 229 consid. 6a et les références; cf. aussi ATF 116 II 342 consid. 2a in fine). En l'occurrence, lors de l'hospitalisation du demandeur à la clinique de la Métairie le 16 janvier 2002, la caisse a demandé des renseignements médicaux concernant cette hospitalisation en division privée. C'est en date du 29 janvier 2002 que la clinique la Métairie a fait parvenir à HELSANA ASSURANCES SA un rapport médical concernant l'assuré qui indiquait que le patient présentait des états dépressifs répétés depuis au moins un an, en combinaison avec un abus d'alcool et de cannabis et autres drogues. Selon le Dr D _____ de la clinique de la Métairie, les premiers symptômes (état dépressif avec suicidalité) étaient apparus depuis probablement deux ans. C'est par courrier du 11 février 2002, soit dans le délai des quatre semaines prescrit par l'art. 6 LCA, que la caisse s'est départie du contrat concernant toutes les assurances complémentaires (à l'exception de la DENTA) et qu'elle a communiqué à son assuré qu'elle ne verserait que les prestations équivalentes à une hospitalisation en division psychiatrique dans un hôpital du canton de domicile, en division commune. Elle sollicitait en outre le remboursement des prestations qu'elle avait déjà versées au cours de l'année 2001 au titre des assurances complémentaires. Il apparaît également clairement, que si la caisse avait eu connaissance de ce fait, elle n'aurait pas

conclu avec l'assuré les assurances complémentaires proposées. Au vu de ce qui précède, force est de constater que la demande de l'assuré, mal fondée, doit être rejetée. *****

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