

NE_GERICHTE CC.2001.66 vom 20. April 2005

NE Tribunal cantonal, 2005-04-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CC.2001.66

FR: NE_GERICHTE CC.2001.66 du 20 avril 2005

IT: NE_GERICHTE CC.2001.66 del 20 aprile 2005

Erwägungen

E. 9

janvier 1996 étaient erronées à plusieurs égards (contrôle médical du 17 octobre 1995 au 4 janvier 1996; persistance de troubles de santé à cette date; asthme récurrent dès 1995 en tout cas). Elle soutient d'autre part que la suspension de couverture n'a pu prendre fin qu'au 6 novembre 1996 au plus tôt, soit après la survenance du sinistre.

C O N S I D E R A N T

1.La valeur litigieuse fonde indiscutablement la compétence de l'une des Cours civiles du Tribunal cantonal.

2.Tout en admettant ne pouvoir bénéficier de la modification contractuelle applicable dès le 1er janvier 1997, le demandeur ne s'est pas désisté de ses conclusions à ce sujet, en sorte que la Cour doit se prononcer formellement. Comme il est incontestablement établi que le cas d'invalidité invoqué par le demandeur est survenu dès le 30 octobre 1996 en tout cas, la réalisation de ce risque ne peut être soumise à des conditions d'assurance mises en vigueur ultérieurement. Certes, il n'y a pas à proprement parler nullité de la convention (art.9 LCA) si le sinistre survient entre la conclusion du contrat et le début de ses effets (voir Nef, Commentaire bâlois, N.19 in fine ad art.9 LCA, concernant la prime due par l'assuré en pareil cas), mais les dispositions générales du droit des obligations empêchent néanmoins de considérer comme risque assuré un événement survenu de façon certaine, au moment de la conclusion du contrat (idem, N.1 ad art.9).

En tant que la demande se fondait sur la police modifiée avec effet dès le 1er janvier 1997, elle est donc en tous les cas mal fondée.

3.En ce qui concerne la police initiale, il convient d'examiner tout d'abord l'effet du retard concédé par le demandeur dans le paiement de ses primes.

Comme le fait observer le demandeur, l'article 98 LCA exclut l'application d'éventuelles conditions générales défavorables au preneur d'assurance, par comparaison avec les articles 20 à 22 LCA, de sorte que ce sont ces dispositions qui doivent être appliquées.

Comme il n'est pas contesté que S. ait payé, le 13 septembre 1996, la prime qui lui était réclamée pour le premier semestre 1996, mais qu'il n'a payé que le 6 novembre 1996 celle du second semestre, il convient de dire si la couverture d'assurance était exclue au 30 octobre 1996 (date du début d'incapacité de gain médicalement attestée), voire au 24 octobre 1996 (date à laquelle le demandeur allègue avoir "craqué"), cet intervalle n'étant d'ailleurs pas décisif puisque aucun paiement n'est intervenu entre le 24 et le 30 octobre 1996.

Lorsque plusieurs primes successives sont impayées, l'assureur qui a notifié une sommation pour la plus ancienne de ces primes doit-il en faire de même pour les suivantes ? A cette question, Viret (Droit des Assurances privées, 1983, p.111) répond par la négative, sans autre développement. Il rejoint l'opinion exprimée par la Cour de justice de Genève, dans un arrêt du 8 mai 1925 (RBA V, no123), dans un cas cependant où un sinistre est survenu alors que la première prime, objet de la sommation, n'avait pas été payée. Selon l'opinion majoritaire, en revanche, la suspension ou l'exclusion de couverture requiert l'envoi d'une nouvelle sommation, pour les primes suivantes également. Roelli/Kellersoulignent que la sommation conditionne la demeure du preneur d'assurance, selon l'article 20 LCA (p.337), puis précisent que le paiement d'une prime arriérée ne remet pas le contrat en vigueur lorsque le preneur est à nouveau en demeure pour une prime suivante, impayée malgré une sommation appropriée ("trotz gehöriger Mahnung"), en se référant à des arrêts rendus les 9 et 10 mai 1928 par le Tribunal cantonal vaudois et par le Tribunal fédéral (RBA IV, nos 110 et 111). Cette opinion est partagée par Hasenböhler (Commentaire bâlois, N.11 ad art.20 LCA), le strict respect de la procédure de sommation visant à éviter au preneur d'assurance la perte inopinée de la couverture contractuelle.

Les avis susmentionnés ne font toutefois pas de distinction entre les différentes étapes que délimitent les articles 20 et 21 LCA. Si l'opinion majoritaire précitée peut assurément être suivie aussi longtemps que le contrat est en vigueur, soit avant que la présomption de l'article 21 al.1er LCA ne s'applique pour la première prime considérée puisque, comme le souligne Rajower (Die Einforderung von Versicherungsprämien nach VVG, AJP/PJA 2002, p.505), le contrat demeure en vigueur durant la suspension de couverture et les primes subséquentes commencent par être dues, une telle conclusion n'a plus de sens lorsque l'assureur est présumé s'être départi du contrat, pour les primes devenues exigibles après cette date. Une demeure les concernant n'est envisageable que dès l'instant où l'article 21 al.2 LCA trouve application et que le contrat reprend ses effets ex nunc (Carré, LCA annotée, dernière note ad art.21 et les références citées). On peut, il est vrai, se demander si l'assureur ne pourrait pas conditionner son acceptation du paiement de la première prime au règlement des sommes échues dans l'intervalle, sans passer par une nouvelle sommation formelle. Un tel procédé (consistant, par exemple, dans un avertissement oral donné à réception du premier paiement) contreviendrait cependant à l'objectif de clarté voulu par le législateur et il heurterait également les principes généraux du droit des obligations, puisqu'avant l'acceptation du premier paiement et la reprise du cours du contrat, il n'y a plus de prime échue qui puisse faire l'objet d'une condition.

En l'espèce, la sommation relative à la première prime est intervenue le 19 mars 1996 (D.11/A1) et la suspension des obligations de l'assureur a pris effet dès le 3 avril 1996 (art.20 al.3 LCA). Faute de paiement du demandeur, comme de poursuites exercées par l'assureur, celui-ci est réputé s'être départi du contrat dès le 3 juin 1996 (art.21 al.1er LCA), de sorte que la prime dont le paiement était convenu au 1er juillet 1996 (la police du 25 janvier 1996, D.11/5, ne prévoyait qu'une prime annuelle, payable au 1er janvier, mais le fractionnement opéré par l'assureur, D.11/8, conformément à la proposition du 9 janvier, D.11/3, doit manifestement être tenu pour convenu) n'est pas venue à échéance le 1er juillet 1996, selon ce qui précède. La communication orale qui semble être intervenue à fin septembre 1996 (voir à ce sujet les conclusions en cause personnelles du demandeur, p.3) ne peut pas être assimilée à une sommation formelle ni même à une réserve d'acceptation du paiement de la prime arriérée, selon ce qui précède, ce d'autant que la teneur de cet avis, tel

que rapporté, n'est pas claire (le paiement de la "prime échue", par quoi il faut vraisemblablement entendre celle du 1er juillet 1996, conditionnait-il la reprise de couverture ou seulement la conclusion de la nouvelle police ?), ce qu'un certain formalisme tend précisément à éviter.

Ainsi donc, le paiement du 13 septembre 1996 ayant été accepté par la défenderesse, ses obligations reprenaient quelques jours avant la survenance du sinistre, qu'on ne peut placer avant la rupture de l'activité professionnelle du demandeur, le 24 septembre 1996, même si "quelque chose couvrait en lui", pour reprendre ses propres termes (loc. cit.) depuis un certain temps.

4. La défenderesse s'est départie du contrat le 1er mars 1999, en se prévalant de réticences commises par son assuré les 9 janvier et 18 septembre 1996 (D.5/15). En cours de procédure, soit le 26 février 2002, elle a fait état d'un nouveau cas de réticence, relatif à l'asthme, ainsi qu'aux traitements et incapacités de travail révélés, indiquait-elle, par les témoins P. et I. (D.5/21).

a) Selon l'article 6 LCA, 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", soit la violation, par le proposant, du devoir de transparence imposé par l'article 4 LCA. L'existence d'une réticence ne dépend ni du lien de causalité entre les renseignements incomplets ou inexacts et le dommage survenu, ni d'une faute caractérisée du preneur d'assurance (Nef, Commentaire bâlois, N.5 et 10 ad art.6 LCA), mais elle ne doit être admise, selon la formule consacrée par la jurisprudence, qu'avec la plus grande réserve (idem, N.11 et les références citées). Le délai de quatre semaines court dès la date à laquelle l'assureur est complètement renseigné sur toutes les circonstances relatives à la réticence (idem, N.22, citant notamment ATF 118 II 333). Alors que, pour Roelli/Keller (Kommentar, p.129), l'indication concrète de la réticence invoquée n'avait pas à figurer dans la déclaration de résolution, la jurisprudence plus récente exige au contraire une communication claire à ce sujet (Nef, op. cit. N.16 ad art.6, in fine). Il ne paraît pas contesté, en revanche, que si l'assureur découvre, après s'être départi du contrat, un nouveau cas de réticence, il n'a plus à répéter sa déclaration de résolution (Roelli/Keller, op. cit., p.130, citant l'ATF paru in RAB VIII no 51), mais doit signaler ces nouveaux faits dans les quatre semaines dès le jour où il en a pris connaissance.

L'article 8 LCA prévoit diverses circonstances dans lesquelles l'assureur ne peut se départir du contrat, malgré une réticence, soit notamment (ch.4) s'il "connaissait ou devait connaître exactement le fait qui a été inexactement déclaré". Entrent notamment dans les faits dont l'assureur doit avoir connaissance "non seulement les renseignements qui lui sont donnés lors de la souscription d'assurances antérieures ou lors du règlement de sinistres antérieurs, mais même les faits appris par hasard par la bouche de tiers" (ATF 111 II 388, 396, cité par Nef, op. cit., N.23 ad art.8).

b) En l'espèce, la défenderesse s'est prévalu à temps des cas de réticences qu'elle disait avoir appris, dans un premier temps, par communications des Dr P. et H., des 15 et 17 février 1999 (voir le courrier du 1er mars 1999) et, dans un second temps, par le témoignage des Dr P. et I., du 14 février 2002 (voir le courrier du 26 février 2002). En réalité, la déposition du Dr P. ne révélait rien de fondamentalement nouveau, concernant l'incapacité de travail subie en décembre 1992 et janvier 1993 (comparer D.24 et le courrier du 29.6.1999, D.5/4), de sorte que sur ce point, la déclaration du 26 février 2002 serait tardive,

mais on doit considérer comme suffisamment précise la mention figurant déjà, à ce sujet, dans la déclaration de résolution du 1ermars 1999. Par ailleurs, le fait qu'à cette première date, l'assureur ait entendu vouloir examiner encore à quelles conditions il serait possible de maintenir malgré tout le contrat en vigueur, avec une réserve ou une exclusion, ne rendait pas cette déclaration conditionnelle et contraire à l'exercice d'un droit formateur (voir à ce sujet Nef, op. cit., N.16 ad art.6).

c) Le seul motif éventuellement nouveau de réticence invoqué le 26 février 2002 avait trait à l'asthme du demandeur. A ce sujet, le Dr P. disait avoir vu son patient le 28 octobre 1996, "pour un problème d'asthme (ce qui a toujours une composante psychologique)"; quant au Dr I., il déclarait : "Les problèmes d'asthme de S. remontaient à l'enfance. Au Rwanda, vu le climat, cela allait nettement mieux disait-il. Je pense que l'aggravation de cet asthme en automne 1996 était lié, entre autre peut-être à des facteurs psychologiques. Ceux-ci exercent une influence sur l'asthme, mais ils ne sont pas les seuls" (D.25). Enfin, le Dr H. évoquait déjà un "asthme bronchique", traité du 15 décembre 1995 au 4 janvier 1996, dans ses réponses du 17 février 1999 au questionnaire de l'assurance (D.11/14) et il l'a confirmé dans ses réponses du 13 juin 2002 comme témoin, en précisant que le 4 janvier 1996, "le syndrome obstructif avait nettement régressé. J'ai conseillé de poursuivre le traitement à dose dégressive" (réponse ad contre-question 4; D.30/5 et 6). On peut se demander si, sur ce point, la communication du 1ermars 1999 ■ qui n'évoquait que de manière générale "des affections qui ont nécessité des traitements réguliers" entre 1992 et 1996 ■ était suffisamment précise. Le fait que, comme souvent, l'affection remontait à l'enfance n'a toutefois été connu qu'à travers le témoignage du Dr I., alors qu'il pouvait s'agir d'une circonstance importante pour apprécier une éventuelle réticence à ce propos. Globalement, on ne saurait dire en tout cas que la défenderesse ait gardé cet argument en réserve, ce que vise précisément à éviter le délai imposé à l'assureur par l'article 6 LCA.

d) Sur le fond, le demandeur a incontestablement tu son problème d'asthme, lors de tous les questionnaires qui lui ont été soumis. Il fait valoir qu'il n'en souffrait pas au moment de répondre à la question 10a de l'assureur, en quoi il joue sur les mots. Certes, sans autre allergie, l'asthme n'atteint généralement pas d'organe, puisque, comme indiqué dans le Dictionnaire des termes de médecine (26èmeéd., 2000, p.74), cette affection est ■ caractérisée par des accès de dyspnée lente, expiratoire, " et qu' "entre ces accès, l'appareil respiratoire est pratiquement normal", alors que "c'est l'allergie qui joue le rôle principal dans son déclenchement" et que "l'évolution de la maladie asthmatique est capricieuse". On ne saurait donc dire que l'on ne souffre d'asthme que durant les accès de dyspnée. Sans doute l'absence de toute crise pendant de nombreuses années, voire des décennies permettrait-elle d'admettre, raisonnablement, que la maladie a disparu. Tel n'était pas le cas, cependant, du demandeur le 9 janvier 1996, puisqu'il venait au contraire de subir un traitement à ce sujet, par le Dr H., dans les trois semaines précédentes. Au regard de la jurisprudence citée par Nef (op. cit., N.55 ad art.4 et N.14 ad art.6; voir en particulier l'ATF 96 II 204, concernant un cas de bronchite), l'asthme du demandeur, dont celui-ci "souffrait de longue date, avec récurrence depuis une ou deux années" au 30 octobre 1996 (témoignage I. D.25) apparaissait comme un fait important au sens de l'article 4 al.2 LCA. Subjectivement, cette circonstance ne pouvait échapper au demandeur, vu sa formation d'agent d'assurance, et il ne peut à ce sujet s'abriter derrière le fait qu'il aurait déjà fait état de cette maladie antérieurement (il n'en parlait pas en 1993, D.5/3, de manière d'ailleurs compréhensible, vu l'absence de questions spécifiques sur ce point et vu le répit que lui

avait alors laissé son affection). Se trouvant si peu après une telle crise, qu'elle soit ou non subite, le demandeur ne pouvait se contenter de la nier, dans sa réponse à la question 10a du questionnaire du 9 janvier 1996. Ce faisant, il a commis une réticence.

e) Pour ce qui est des périodes d'état dépressif réactionnel signalées par le Dr P., en 1992, il ressort des explications de ce praticien, en audience (D.24), que l'incapacité de gain du mois d'avril n'excédait tout juste pas les quatre semaines visées à la question 14 du questionnaire de santé et qu'il en allait exactement de même du traitement, par rapport à la question 12 du questionnaire. En revanche, le demandeur a été en traitement et en incapacité (totale puis partielle) de travail pour plus de quatre semaines, en décembre 1992 et janvier 1993. Objectivement, par conséquent, les réponses données à ce sujet, le 9 janvier 1996, étaient fausses. Certes, S. avait donné certaines indications à ce propos, en annexe à sa proposition d'assurance du 21 octobre 1993 (D.5/3) et, bien qu'aucune assurance n'ait été conclue à cette date, la défenderesse peut se voir opposer la connaissance qu'elle pouvait avoir de ces informations, au sens de l'article 8 ch.4 LCA, ce d'autant qu'elle était alors (éventuellement à travers la société la Compagnie d'assurances Y. qu'elle a reprise peu après) l'employeur du demandeur. Toutefois, on doit observer que, même à l'occasion de ce premier questionnaire, le demandeur a minimisé le nombre et la durée de ses incapacités de travail, en taisant notamment la plus longue d'entre elles, soit celle évoquée plus haut. Sur la base des renseignements donnés en 1993, l'assureur ne pouvait pas conclure, en janvier 1996, à l'existence de faits importants, au sens de la loi. Cette circonstance n'entraîne donc pas une déchéance du droit de résoudre le contrat, pour ce second motif également.

5. La résolution du contrat signifiée par la défenderesse le 1er mars 1999 étant valable, elle rétroagit à la conclusion du contrat.

Le demandeur concluait à la restitution des primes payées de février 1997 à décembre 2000, soit 8'112 francs (4x 2'028 francs et non 2'028 francs au total, comme indiqué par lapsus, semble-t-il, en p.9 de ses conclusions en cause). La chronologie de ses prétentions découlait de son argumentation, puisqu'il affirmait devoir être libéré du paiement des primes après trois mois d'incapacité de gain. Ce raisonnement n'étant pas suivi, la Cour n'est toutefois liée que par le montant de la prétention articulé sous conclusion 2 de la demande. En réalité, la prime due pour la période d'assurance en cours lors de la résiliation, soit 1999, reste acquise à l'assureur (art.25 al.1er LCA), alors que selon les règles générales de l'enrichissement illégitime, les primes payées de 1996 à 1998, puis en 2000 (D.5/21) doivent être restituées. Certes, les avis sont partagés sur cette question, en doctrine et jurisprudence (voir Carré, op. cit., ad art.25 et les références citées).

Avec Fuhrer (Commentaire bâlois, N.58 ad art.25-27 LCA,) il convient cependant de s'en tenir au texte clair de la loi, dont la rigueur est assez marquée pour ne pas exiger, du surcroît, une dérogation aux règles générales de restitution.

La défenderesse sera donc condamnée au versement de 8'112 francs, avec intérêt moratoire à 5 % dès le 1er janvier 1999 comme demandé.

6. Vu l'issue de la cause, qui voit la défenderesse l'emporter sur le point essentiel, il se justifie de répartir les frais de justice à raison de 1/5 à sa charge et 4/5 à celle du demandeur, comme de condamner ce dernier au paiement d'une indemnité de dépens de 2'500 francs. Cette répartition tient compte de la réforme de la défenderesse, signifiée le 8 août 2002, en sorte que les dépens consignés à l'époque peuvent être restitués à la défenderesse.

Par ces motifs, LA IIe COUR CIVILE

1. Condamne la Compagnie d'assurance X. à payer à S. la somme de 8'112 francs plus intérêt moratoire à 5 % l'an dès le 1er janvier 1999.

2. Rejette la demande pour le surplus.

3. Condamne le demandeur aux 4/5 et la défenderesse à 1/5 des frais de justice, arrêtés comme suit :

- avancés par l'Etat, pour le demandeur Fr. 2'470.00

- avancés par la défenderesse Fr. 240.00

Total Fr. 2'710.00

=====

4. Condamne le demandeur à verser à la défenderesse une indemnité de dépens de 2'500 francs, après compensation partielle, et ordonne la restitution à la défenderesse des 300 francs de dépens de réforme consignés le 30 août 2002.

Neuchâtel, le 20 avril 2005

AU NOM DE LA II^e COUR CIVILE

Le greffier L■un des juges

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