RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1737/2005 **ATAS/306/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 5

du 29 mars 2006

En la cause

PROGRES, chemin de la Colline 12, 1001 LAUSANNE demanderesse

contre

Monsieur G_____, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BRUCHEZ Christian défendeur

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Isabelle DUBOIS et Juliana BALDE, Juges

EN FAIT

1. La caisse-maladie PROGRES (ci-après: la caisse) est un assureur qui offre l'assurance obligatoire des soins. Pour les assurances complémentaires, elle propose à ses assurés celle d'HELSANA ASSURANCES COMPLEMENTAIRES SA (ci-après: HCSA). Les relations entre ces deux assurances, ainsi qu'avec HELSANA ASSURANCES SA sont réglées par un contrat de collaboration revu et signé par les assurances précitées le 18 décembre 2002.

2. Le 4 décembre 2001, Monsieur G_____ a signé une "Proposition pour les assurances complémentaires" établie par la caisse. En dessous de ce titre, il est indiqué, entre parenthèses, "en coopération avec Helsana Assurances SA pour les assurances complémentaires selon la LCA". Le proposant a également rempli le questionnaire de santé de la caisse. Aux questions numéro 6 "Êtes-vous actuellement malade ou en incapacité de travail partielle ou complète?" et 7 "Êtes-vous actuellement en traitement?", il a répondu par la négative.

3. Avec effet au 1er janvier 2002, la proposition de l'assuré a été acceptée et une police d'assurance LCA a été établie au nom de la caisse.

4. Le 5 décembre 2003, l'assuré a demandé à la caisse la prise en charge d'une psychothérapie, en lui transmettant une attestation médicale du Docteur A_____, médecin traitant, laquelle a la teneur suivante:

   "Monsieur G_____ est un patient que je consulte (sic) depuis plusieurs années à mon cabinet.

   J'ai conseillé à mon patient d'aller consulter le Dr B_____ (sic), psychologue reconnu FSP, et médecin avec lequel il avait eu un bon contact et de très bon résultat (sic) par le passé.

   C'est pour toutes ces raisons que je lui conseille de consulter le Dr B_____, afin que son traitement et ses bons résultats obtenus continuent dans les meilleures conditions."

5. Par retour du courrier du 19 décembre 2003 que la caisse lui avait adressé, le Docteur A_____ lui a répondu que son patient souffrait d'une dépression et qu'il était en traitement depuis 2000 à raison d'une fois par semaine.

6. Par courrier du 16 janvier 2004, la caisse a supprimé toutes les assurances complémentaires de l'assuré avec effet rétroactif au début du contrat et lui a

réclamé le remboursement des prestations d'ores et déjà versées de 10'685 fr. 25, au motif qu'il avait commis une réticence.

7. Le 13 février 2004, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a contesté avoir commis une réticence. Il a fait valoir qu'il avait consulté le Docteur A_____, non pas pour une affection médicale, mais pour des problèmes relationnels, notamment dans le cadre professionnel. Ainsi, il ne considérait pas qu'il avait été en traitement. Par ailleurs, aucun traitement médicamenteux ne lui avait été prescrit. Il ne pouvait pas non plus lui être reproché d'avoir omis d'indiquer qu'il avait consulté un thérapeute au cours des cinq dernières années. En effet, à la question 12 du questionnaire de santé, il ne lui avait été demandé que s'il avait été durant les cinq dernières années en incapacité de travail et de gain, ce qui n'avait pas été le cas.

8. Par courrier du 3 mars 2004, la caisse a maintenu sa position. Selon elle, la question numéro 7 "Êtes-vous actuellement en traitement" était claire. En effet, soit on consultait un médecin ou un autre thérapeute et alors on était en traitement, soit on ne consultait pas et par conséquent, on ne l'était pas. Par ailleurs, le Docteur A_____ avait clairement attesté que l'assuré le consultait depuis 2000, à savoir au moment de la signature de la proposition d'assurance. Une dépression était en outre une affection médicale et peu importait que l'origine en fût des problèmes relationnels dans le cadre professionnel ou non.

9. Le 21 mars 2004, la caisse a envoyé à l'assuré un rappel pour le remboursement de la somme de 4'663 fr., y compris des frais de rappel de 40 fr.

10. Le 18 avril 2004, elle lui a transmis un rappel pour le remboursement de la somme de 6'019 fr. 75, y compris les frais de rappel de 40 fr.

11. Par courrier du 7 mai 2004 à la caisse, l'assuré a réitéré qu'il n'avait été ni malade ni en traitement au moment où il avait rempli le questionnaire de santé. Il s'opposait dès lors au remboursement des prestations versées. Par ailleurs, il a renoncé, sans reconnaissance de responsabilité, à demander que le contrat d'assurance fût poursuivi au-delà du 16 janvier 2004.

12. Dans les échanges de courriers ultérieurs, les parties ont maintenu leurs positions respectives.

13. Le 9 juillet 2004, la caisse a fait notifier à l'assuré un commandement de payer, numéro de poursuite 04 185653 B, pour la somme de 4'623 fr. avec intérêts à 5% dès le 10 février 2004, ainsi que les frais de 60 fr. L'assuré y a formé opposition.

14. Le 13 août 2004, la caisse a fait notifier à l'assuré un second commandement de payer, poursuite n° 04 196931 T, pour le paiement de la somme de 5'979 fr. 75 avec intérêts à 5% dès le 20 février 2004, ainsi que les frais de 60 fr. L'assuré y a également formé opposition.

15. Par demande du 23 mai 2005 à l'encontre de l'assuré, la caisse a saisi le Tribunal de céans en concluant à ce qu'il constate que l'assuré a commis une réticence au sens de la loi, qu'il a bénéficié sans droit de remboursements de prestations pour un montant cumulé de 10'602 fr. 75 et que les oppositions au commandement de payer précités n'avaient pas lieu d'être. Pour la motivation, elle a repris son argumentation antérieure.

16. Dans sa réponse du 14 juillet 2005, le défendeur a conclu à l'irrecevabilité de la demande, sous suite de dépens. Subsidiairement, il a conclu au rejet de celle-ci. Concernant la recevabilité, il a fait valoir que les conclusions constatatoires de la demanderesse n'étaient pas recevables, à défaut d'un intérêt à la constatation immédiate du rapport de droit litigieux. En effet, il aurait appartenu à la demanderesse de prendre des conclusions condamnatoires. Sur le fond, il a dénié à la caisse la qualité pour agir, dès lors qu'elle proposait à ses assurés des assurances d'HCSA, laquelle était ainsi l'assureur, le créancier des primes et le débiteur des prestations de l'assurance complémentaire, selon les dires mêmes de la demanderesse. Seule HCSA était par conséquent habilitée d'agir à son encontre. Il a en outre relevé que le Docteur A_____ avait indiqué par erreur dans la demande de renseignements du 19 décembre 2003 de la demanderesse, que son patient était en traitement pour dépression depuis 2000. La thérapie à raison d'une séance par semaine évoquée dans cette réponse était celle qui avait débuté en décembre 2003 chez Monsieur C_____, psychologue. Aucune réticence n'avait donc été commise. Le défendeur a également allégué qu'il avait fait la connaissance de Monsieur C_____ dans le cadre d'une thérapie de groupe organisée par l'association VIRES qui avait commencé en juin 2002. Étant donné qu'il avait apprécié ce psychologue, il avait souhaité le consulter à titre privé dès décembre 2003.

17. A l'appui de ses dires, le défendeur a produit une attestation médicale du 13 juin 2005 du Docteur A_____ précisant que, contrairement à ce qui était mentionné dans son rapport du 19 décembre 2003, il n'avait jamais traité son patient pour dépression. Lors d'une consultation en 2000, ce dernier lui avait fait part de problèmes et de pressions qu'il subissait à cette époque à son travail. Il avait donc noté cet état de nervosité et d'anxiété dans son dossier, mais il s'agissait d'un état passager et banal. Il ne lui avait jamais prescrit aucun anti-dépresseur. En décembre 2003, son patient lui avait confié en consultation avoir consulté un psychologue pour des raisons personnelles, chez lequel il se rendait une fois par semaine pour des séances de

psychothérapie. Celles-ci n'avaient cependant rien à voir avec une dépression. Ainsi, ce médecin a certifié qu'il s'agissait d'un malentendu, son patient n'ayant jamais souffert de dépression ni en 2000 ni par la suite et n'en souffrait actuellement pas non plus.

18. Le défendeur a également produit une attestation signée par Monsieur C_____ et émanant de l'association VIRES, attestation selon laquelle il a suivi à partir de l'année 2002 jusqu'au mois de janvier 2003 un programme thérapeutique de 21 séances en groupe. Sur son papier à lettres, cette association se définit comme "Organisme de traitement et de prévention de la violence exercée dans le couple et la famille".

19. Dans sa réplique du 12 septembre 2005, la demanderesse a allégué concernant la recevabilité, qu'elle avait bel et bien demandé la condamnation et la restitution des prestations perçues indûment, sur la base de la constatation de l'existence d'une réticence. En effet, le jugement du Tribunal de céans lui permettra de demander la continuation des deux poursuites en cause. S'agissant de sa qualité pour agir, elle a affirmé qu'elle était autorisée à agir au nom et pour le compte d'HCSA, en vertu du contrat de collaboration signé entre les parties à ce contrat. Si le Tribunal de céans devait toutefois le nier, il lui appartiendrait d'appeler en cause HCSA. La demanderesse s'est par ailleurs étonnée du revirement du Docteur A_____ dans ses déclarations. Toutefois, elle avait pris des renseignements auprès de l'ancien assureur du défendeur, la caisse-maladie HERMES, et alors constaté que celui-ci avait consulté en 2000 le Docteur Daniel SMAGA, médecin spécialiste de l'hypnose, pour un traitement dont le coût s'était élevé à 745 fr., le Docteur D_____, médecin spécialiste en dermatologie et vénéréologie, pour un traitement d'un montant de 809 fr. 50, et le Docteur E_____, pour la somme de 187 fr. 50. En 2001, il avait eu recours à de la physiothérapie pour un montant de 902 fr. 90 et au service du Docteur F_____ pour un montant de 173 fr. Ce dernier médecin était spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Les frais de pharmacie et de laboratoire du défendeur s'étaient élevés à 1'360 fr. 30 pendant les années 2001 et 2002. Or, ce dernier n'avait déclaré aucun de ces traitements. Dès lors, indépendamment de l'interprétation que faisait le Docteur A_____ de ses propos dans son courrier du 13 juin 2005, la réticence soulevée était bel et bien justifiée par les autres faits que le défendeur avait omis de mentionner. A cet égard, la demanderesse a souligné que l'assureur qui avait motivé la résolution du contrat d'assurance en se référant à une cause précise pouvait en faire valoir d'autres devant le juge.

20. Par duplique du 14 octobre 2005, le défendeur a maintenu ses conclusions. Il a persisté à considérer que les conclusions prises dans la demande étaient de nature constatatoire. S'agissant de la qualité pour agir, il a relevé que, selon le

contrat de collaboration, la demanderesse n'avait le droit d'offrir les prestations de service au nom d'HCSA que pour la réception d'avis et de communications de celle-ci, la transmission de communications et d'avis aux preneurs d'assurances, ainsi que la réception de communications et d'avis des preneurs d'assurance et la transmission des communications et avis à HCSA. Selon le défendeur, la demanderesse ne pouvait pas devenir titulaire d'une créance d'HCSA à l'égard d'un assuré. Seule une cession de créance aurait pu avoir cet effet. Par ailleurs, le fait d'être mandaté pour recevoir des communications au nom d'un tiers ne conférait pas au mandataire la qualité de titulaire des créances. Sur la base du relevé de l'assurance-maladie HERMES produit par la demanderesse, il a souligné qu'une seule consultation avait eu lieu chez le Docteur A_____ en 2000 et, en 2001, il avait consulté ce même médecin quatre fois. En outre, ces consultations étaient manifestement de minime importance, au vu du montant très peu élevé des honoraires. Il a en outre relevé que la demanderesse avait obtenu illicitement les renseignements de la caisse-maladie HERMES. L'obligation de renseigner ne concernait, selon la jurisprudence, que des faits qui servaient à déterminer des conditions dans lesquels le sinistre s'était produit et ne s'étendaient pas aux circonstances qui pourraient être significatives pour une éventuelle réticence. Le défendeur s'est prévalu encore de la jurisprudence du Tribunal fédéral, selon laquelle la déclaration de résolution du contrat d'assurance devait décrire de manière circonstanciée les faits importants non déclarés ou inexactement déclarés. Or, dans sa réplique, la demanderesse n'avait pas indiqué quelle question aurait fait l'objet d'une réponse inexacte de la part du défendeur, de sorte que la nouvelle déclaration de résolution du contrat ne satisfaisait pas aux exigences fixées par la jurisprudence et était dès lors dépourvues de toute validité. Le défendeur a enfin considéré que la première résolution du contrat du 16 janvier 2004 était également dépourvue de toute validité, au motif qu'elle n'avait pas indiqué non plus la ou les questions auxquelles il aurait apporté une réponse inexacte.

21. A la demande du Tribunal de céans, la demanderesse a produit le 19 janvier 2006 les polices d'assurance LCA qu'elle a établies pour le défendeur depuis le 1er janvier 2002, ainsi que les factures de primes qui lui avaient été adressées. Ces documents portent l'entête de la demanderesse et ne font pas allusion à HCSA.

22. Le 13 février 2006, le défendeur s'est déterminé sur ces nouvelles pièces. Il a persisté dans ses conclusions, en faisant valoir que le fait que la police d'assurance et les factures eussent été émises par la demanderesse ne signifiait pas que cette dernière était l'assureur et le débiteur des primes. Par ailleurs, la demanderesse elle-même avait indiqué, dans sa demande du 23 mai 2005, que HCSA était l'assureur et le créancier des primes et cela ressortait également du contrat de collaboration.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. c 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 fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal), et à l'assurance-accident obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accident du 20 mars 1981 (LAA).

   Ainsi que cela ressort de la lecture des travaux préparatoires, cette réforme vise à améliorer la situation des assurés qui, en cas de litige avec un assureur privé portant sur des prestations complémentaires à l'assurance-maladie obligatoire ou à l'assurance-accident obligatoire, peuvent désormais saisir le tribunal des assurances (cf. Mémorial du Grand Conseil 2001-2002, p. 98, relatif à l'art. 56G al. 1 let. g du projet de loi PL 8636, devenu l'art. 56V al. 1 let. c LOJ).

   Le Tribunal cantonal des assurances sociales est ainsi saisi de l'ensemble du contentieux en matière d'assurances complémentaires privées, tant dans le domaine de l'assurance-maladie que dans celui de l'assurance-accident, ce que le Tribunal des conflits a confirmé dans un arrêt du 26 août 2005.

   Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. Le défendeur fait en premier lieu valoir que la demande est irrecevable, dès lors qu'elle ne comprend que des conclusions constatatoires.

   En l'occurrence, il peut rester ouvert dans quelle mesure de telles conclusions sont recevables. En effet, il ressort implicitement de la demande que celle-ci vise la condamnation du défendeur au remboursement des prestations indûment perçues et faisant l'objet des poursuites entamées à son encontre. Sa conclusion, selon laquelle elle invite le Tribunal de céans à "Dire que les

oppositions au commandement de payer poursuite n° 04 185653 B et 04 196931 T n'ont pas lieu d'être" revient en effet à requérir la mainlevée de ces oppositions et ainsi la condamnation du défendeur au paiement des sommes, pour lesquelles il est poursuivi. Par ailleurs, dans sa réponse du 12 septembre 2005, la demanderesse a clairement pris une conclusion en condamnation du remboursement de la somme de 10'602 fr. 75.

Par conséquent convient-il d'admettre que la demande est recevable. Elle respecte en effet les conditions de recevabilité prescrites à l'art. 89B al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA), selon lequel la demande ou le recours adressée au Tribunal de céans contient, pour les personnes physiques, les noms, prénoms, domicile ou résidence des parties et, lorsqu'il s'agit d'une personne morale, toute autre désignation précise, ainsi qu'un exposé succinct des faits ou des motifs et des conclusions.

4. Quant au fond du litige, le défendeur se prévaut en premier lieu de l'absence de la qualité pour agir de la demanderesse. En d'autres termes, le défendeur fait implicitement valoir qu'il était en fait lié à HCSA, pour ce qui concerne les assurances-maladie complémentaires, et que la défenderesse n'a agi qu'en tant que représentante de cette première.

a) Selon l'art. 32 al.1 du Code des obligations du 30 mars 1911 (CO), les droits et les obligations résultant d'un contrat fait au nom d'une autre personne par un représentant autorisé passent au représenté. Aux termes de l'al. 2 de cette disposition, lorsqu'au début de la conclusion du contrat, le représentant ne s'est pas fait connaître comme tel, le représenté ne devient directement créancier ou débiteur que si celui avec lequel il contracte devait inférer des circonstances qu'il existait un rapport de représentation, ou s'il lui était indifférent de traiter avec l'un ou l'autre.

b) En l'occurrence, la proposition d'assurance soumise par la demanderesse au défendeur a été faite en son propre nom. La seule référence qui est faite à HCSA, concerne la mention concernant la coopération avec celle-ci pour les assurances complémentaires selon la LCA. A aucun moment, la demanderesse a néanmoins agi au nom de cette dernière. Par ailleurs, par la suite, les polices d'assurance, ainsi que les factures de primes ont été établies au seul nom de la demanderesse sans aucune mention de HCSA.

Par conséquent, les conditions de l'art. 32 al. 1 CO ne sont pas remplies, de sorte qu'il y a lieu d'admettre que le contrat d'assurance litigieux a été conclu avec la demanderesse. On ne saurait non plus considérer que le défendeur devait inférer des circonstances qu'il existait un rapport de représentation. En effet, une coopération ne saurait être assimilée à une représentation. Il n'est de loin pas non plus indifférent à un assuré de conclure avec l'une ou l'autre

assurance. Les conditions de l'art. 32 al. 2 CO ne sont dès lors pas non plus données.

Le contrat de collaboration entre la demanderesse et HCSA ne peut dès lors concerner que les relations internes entre ces assurances, sans effet pour le défendeur. Le seul partenaire contractuel de celui-ci est donc la demanderesse.

Il résulte de ce qui précède que la demanderesse a clairement le droit d'agir en son propre nom, s'agissant des droits et obligations résultant des assurances-maladie complémentaires. En effet, ces assurances ont été conclues avec elle et non pas avec HCSA, en l'absence d'un rapport de représentation valable.

5. Se pose dès lors la question de savoir si la demanderesse a pu se départir des contrats d'assurance complémentaire, pour cause de réticence, et si par conséquent les sommes réclamées sont dues.

Selon l'art. 4 LCA, le proposant doit déclarer par écrit à l'assureur suivant un questionnaire ou en réponse à toute autre question écrite, tous les faits qui sont importants pour l'appréciation écrite, tels qu'ils sont ou doivent être connus lors de la conclusion du contrat (al. 1). Sont importants tous les faits de nature à influer 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 et non équivoques (al. 3).

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'ils s'en soit départi dans les quatre semaines à partir du moment où il en a eu connaissance (art. 6 LCA).

Pour juger si le proposant a violé ou non son obligation de renseigner, il ne faut adopter ni un critère purement subjectif, ni un critère purement objectif. L'obligation de renseigner s'apprécie en outre sans égard à une éventuelle faute du preneur. Il est décisif de déterminer si et dans quelle mesure le proposant pouvait donner de bonne foi une réponse inexacte à l'assureur, selon sa connaissance de la situation et les renseignements éventuels 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 consid. 2b p.237). Le fait de ne pas déclarer des indispositions sporadiques que l'assuré pouvait raisonnablement de bonne foi considérer comme étant sans importance pour l'évaluation des risques et

passagères, sans devoir les tenir pour une cause de rechute ou des symptômes d'une maladie imminente aiguë, ne viole pas le devoir de renseigner (ATF 116 II 338 consid. 1b p. 340). L'existence d'une réticence ne doit être admise qu'avec la plus grande retenue, en raison de la rigueur de la loi qui prévoit la résolution du contrat et non pas son adaptation (ATF 118 II consid. 2b in fine p. 338).

6. En l'espèce, le Docteur A_____ a répondu de façon laconique, par annotation du courrier que la demanderesse lui avait adressé le 19 décembre 2003, à la question des diagnostics par "dépression" et, à la question "Depuis quand est-il en traitement", par "2000". A la question de la fréquence des séances, il a répondu "1 fois par semaine". Cette déclaration éveillait effectivement l'impression que le défendeur était en traitement pour une dépression depuis l'an 2000 auprès de ce médecin à raison d'une séance hebdomadaire. Cependant, le Docteur A_____ a par la suite précisé sa déclaration dans le sens qu'il y a eu effectivement une consultation en 2000 par le défendeur pour des problèmes et des pressions qu'il subissait à cette époque à son travail. Cette consultation n'avait connu aucune suite et aucun médicament n'avait été prescrit à cette occasion. Ce fait est par ailleurs confirmé par le relevé des prestations de la caisse-maladie HERMES, duquel il ressort que le défendeur n'a consulté ce praticien en l'an 2000 qu'au mois d'avril et, en 2001, en juin, septembre et octobre. La rectification du Docteur A_____ et ce relevé invalident ainsi l'impression donnée par les premières déclarations de ce médecin.

   En ce qui concerne les séances en groupe suivies au programme organisé par l'association VIRES, il convient en premier lieu de constater que cette thérapie n'a commencé qu'à partir de l'année 2002, soit après la signature du questionnaire de santé. Par ailleurs, elle ne saurait être considérée comme un traitement médical, s'agissant d'un traitement de prévention de la violence exercée dans le couple et la famille. Par ailleurs, à aucun moment le défendeur l'a considérée comme tel, en demandant par exemple qu'elle lui soit prescrite par son médecin et remboursée par son assurance.

   Cela étant, la demanderesse a retenu à tort que le défendeur était en traitement pour une dépression au moment de la signature de la proposition d'assurance en cause.

   La demanderesse invoque cependant d'autres causes de réticence, après avoir reçu le relevé des prestations de la caisse HERMES. Il résulte toutefois de celui-ci que tous les traitements étaient terminés au moment la signature de la proposition d'assurance de la demanderesse. Par ailleurs, celle-ci ne précise pas à quelle question le défendeur aurait répondu de façon contraire à la réalité. Celui-ci était notamment pas tenu de déclarer les affections dont il

avait auparavant souffert, dans le cadre de la question numéro 12 "Avez-vous durant les cinq dernières années été en incapacité de travail ou de gain", dans la mesure où ces affections n'avaient pas provoqué d'incapacités de travail.

Il résulte de ce qui précède que le défendeur n'a pas commis de réticence. Par conséquent, la demanderesse ne saurait lui réclamer la restitution des prestations fournies jusqu'alors.

7. Au vu de ce qui précède, la demande sera rejetée.

8. Le défendeur obtenant gain de cause, la demanderesse sera condamnée à lui verser une indemnité de 1'500 fr. à titre de dépens.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare la demande recevable.

Au fond :

2. La rejette.

3. Condamne la demanderesse à verser au défendeur une indemnité de 1'500 fr. à titre de dépens.

4. Informe les parties que, s'agissant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 et dans les limites des articles 43 ss et 68 ss de la loi fédérale sur l'organisation judiciaire du 16 décembre 1943, le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours au Tribunal fédéral dans les trente jours dès sa notification. Le mémoire de recours sera adressé en trois exemplaires au Tribunal cantonal des assurances, 18, rue du Mont-Blanc, 1201 Genève. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyen de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La Présidente :
Yaël BENZ	Maya CRAMER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances privées par le greffe