RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2036/2020 **ATAS/452/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 12 mai 2022

3ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à VERSOIX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Swan MONBARON

demandeur

contre

GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA, sise rue des Cèdres 5, MARTIGNY

défenderesse

Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1962, a notamment conclu avec GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA (ci-après : l'assurance) une police d'assurance complémentaire à l'assurance-maladie obligatoire, comprenant les produits « H-Bonus » (couvrant la division demi-privée), « BH » (assurance d'indemnité journalière en cas d'hospitalisation) et « H-Capital » (prévoyant le versement de CHF 2'500.- en cas d'hospitalisation).

b. Dans le questionnaire de santé rempli par l'assuré le 2 novembre 2018 en vue de la conclusion de cette assurance complémentaire, l'intéressé a notamment coché la case « non » aux questions suivantes :

Question 5b : « Etes-vous actuellement ou avez-vous été en traitement au cours des cinq dernières années auprès d'un médecin ? » ;

Question 8 : « Présentez-vous des séquelles de maladie, d'accident, d'infirmité, d'intoxication ou avez-vous connaissance de problèmes liés à votre état de santé (par ex. maladie congénitale) qui n'ont pas encore fait l'objet de traitement ? ».

À la fin du questionnaire, il était mentionné, en petites lettres, que par sa signature, l'assuré confirmait avoir rempli ou fait remplir la proposition d'assurance de façon complète et conforme à la vérité. En cas de fausses déclarations ou de déclarations incomplètes, l'assureur pouvait résilier le contrat dans les quatre semaines à partir du moment où il avait eu connaissance de la réticence.

c. Le 27 novembre 2019, la Clinique de la Colline a transmis à l'assurance une demande de garantie en lien avec une hospitalisation prévue le 12 décembre 2019, en division demi-privée.

d. À la demande de l'assurance, le docteur B_____, spécialiste FMH en chirurgie et chirurgie viscérale, a rempli un questionnaire médical, qu'il a retourné par fax le 2 décembre 2019. Il y a retenu le diagnostic de hernie ombilicale symptomatique. Il a répondu par la négative à la question de savoir si l'affection avait fait l'objet de traitements antérieurs auprès d'un autre médecin. Le premier traitement pour cette affection était prévu le 12 décembre 2019. Interrogé sur la « date d'apparition des symptômes perceptibles par le patient », il a répondu que l'assuré présentait une gêne et des douleurs « depuis quelques mois ». À la question de savoir à quelle date le patient avait eu connaissance du diagnostic précis de l'affection, il a répondu : « première consultation juillet 2018 ». On pouvait s'attendre à une évolution en principe favorable, suite à la cure prévue le 12 décembre 2019 à la Clinique de la Colline.

e. Par courrier recommandé du 3 décembre 2019, l'assurance a résilié le contrat d'assurances complémentaires avec effet au 30 novembre 2019, au motif que l'assuré avait répondu de façon incorrecte par la négative aux questions nos 5b et 8 figurant dans le questionnaire de santé. En effet, l'assuré n'y avait pas fait mention de la hernie ombilicale pour laquelle il devait être prochainement hospitalisé, alors qu'il avait déjà consulté le Dr B_____ au sujet de cette même affection en juillet 2018. Dans la mesure où l'affection à l'origine de la réticence justifiait l'intervention à venir, l'assurance ne prendrait pas en charge les frais du séjour hospitalier en division demi-privée. Si la hernie ombilicale avait été mentionnée dans la proposition d'assurance, l'assureur aurait proposé une réserve. Il était loisible à l'assuré de « maintenir » (sic) le contrat, moyennant l'ajout d'une réserve médicale, en retournant une déclaration de consentement dans les quinze jours.

f. Dans un courrier daté du 9 décembre 2019, le Dr B_____ a invité l'assurance à revenir sur sa décision d'annuler le contrat. L'assuré l'avait consulté en juillet 2018 pour un avis chirurgical concernant une hernie ombilicale. À l'époque, cette hernie n'était pas symptomatique et de petite taille, de sorte qu'il n'avait pas retenu d'indication opératoire et avait proposé une abstention thérapeutique ; il avait alors recommandé au patient de ne pas se focaliser sur cette découverte clinique. Il n'était pas étonné que son patient ne l'ait pas mentionnée, puisqu'il l'avait rassuré à ce propos et que l'intéressé ne s'en plaignait pas. C'était seulement depuis quelques mois que la hernie avait augmenté de taille et était devenue symptomatique, raison pour laquelle une intervention correctrice était envisagée. C'était de bonne foi que l'assuré n'avait pas signalé une hernie ombilicale qui n'apparaissait pas comme un problème au moment de contracter son assurance.

g. Par pli du 14 décembre 2019, l'assuré a protesté contre la résiliation de son contrat d'assurance. Il a exposé qu'en juillet 2018, il avait consulté le Dr B_____, sur les conseils d'un ami, en raison d'une petite élévation sur le ventre d'environ un centimètre, qu'il présentait de longue date et qui n'occasionnait aucune gêne. Lors de cette seule consultation, son médecin lui avait assuré que cette élévation « n'était rien » et qu'aucune intervention n'était nécessaire. Il avait répondu par la négative aux questions 5b et 8 du questionnaire de santé, parce qu'à ce stade, il ne présentait aucun problème de santé et qu'il n'était pas prévu de réaliser la moindre intervention. Ce n'est que lors d'un déménagement, en août 2019, qu'il avait ressenti une douleur, qui s'était occasionnellement exacerbée par la suite. Il avait consulté à nouveau le Dr B_____ en novembre 2019, lequel avait alors constaté la nécessité d'opérer sans attendre.

h. Par courrier du 18 décembre 2019, l'assurance a maintenu sa décision de résiliation, réaffirmant que l'affection dont souffrait l'assuré était déjà connue au moment de l'établissement de la proposition d'assurance et qu'elle constituait un

fait important, qui aurait dû être mentionné dans le questionnaire, notamment dans le cadre de la question 5b. En présence d'une question claire quant à une affection ou à un traitement intervenu au cours des cinq dernières années, l'on était en présence d'un élément réputé important pour l'appréciation du risque par l'assureur. Une réticence était donc établie. L'intervention prévue pouvait avoir lieu, mais ne serait prise en charge que par l'assurance obligatoire des soins, laquelle prévoyait le remboursement des frais d'hospitalisation en division commune. L'assuré pouvait acquiescer à l'ajout d'une réserve médicale dans le contrat, en retournant une déclaration de consentement dans les quinze jours.

i. Par l'intermédiaire de son assurance de protection juridique, l'assuré a contesté derechef toute réticence, arguant qu'il était légitimé à répondre par la négative aux questions 5b et 8 du questionnaire, dès lors que la consultation de juillet 2018 n'avait mis en évidence qu'une simple « découverte clinique » asymptomatique et qu'aucun traitement n'avait été envisagé suite à cette consultation.

j. Après s'être vu confirmer une nouvelle fois par son assurance qu'elle maintenait sa « décision de résiliation sur réticence », l'assuré l'a informée, par pli du 25 février 2020, qu'il acceptait la nouvelle proposition d'assurance avec réserve. Il se réservait toutefois le droit de contester tant la réserve émise que la réticence reprochée.

k. Le 16 mars 2020, l'assuré a été opéré par le Dr B_____ à la Clinique Générale-Beaulieu, où il a séjourné jusqu'au 18 mars 2020. Les frais liés à l'intervention (honoraires médicaux) ont été pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire (LAMal), ainsi que par le canton de Genève.

B. **a.** Par acte du 9 juillet 2020, l'assuré a saisi la Cour de céans d'une « action en exécution » contre l'assurance.

Il conclut, sous suite de frais et dépens, à ce qu'il soit constaté qu'il n'a commis aucune réticence en remplissant le questionnaire de santé afférent à son contrat d'assurance, à « l'annulation » de la résiliation du contrat d'assurance et à la condamnation de l'assurance au paiement en sa faveur des sommes de CHF 2'500.- et CHF 400.-, le tout avec intérêt à 5% dès le 19 mars 2020.

En substance, le demandeur se défend d'avoir commis la moindre réticence à l'égard de l'assurance. Il souligne tout d'abord qu'il ne s'est pas vu prescrire le moindre traitement par le Dr B_____, de sorte qu'il a rempli le questionnaire de manière conforme à la vérité en répondant par la négative à la question 5b (« êtes-vous actuellement ou avez-vous été en traitement au cours des cinq dernières années »). En tant que l'assurance allègue dans sa correspondance que « dans la mesure où [elle] a posé une question claire […] quant à une affection ou à un traitement qui se serait produit lors des cinq dernières années, cet élément est réputé important pour […] l'appréciation du risque […] », le demandeur rétorque

qu'aucune affection n'avait été découverte lors de son seul rendez-vous avec le Dr B_____, en juillet 2018.

Le demandeur estime n'avoir pas violé non plus son devoir de renseignement en répondant par la négative à la question 8 (« […] avez-vous connaissance de problèmes liés à votre état de santé (par ex. maladie congénitale) qui n'ont pas encore fait l'objet d'un traitement ? »). En effet, il a rempli le questionnaire de santé en suivant la recommandation de son médecin, lequel lui avait conseillé de ne pas tenir compte de sa hernie puisqu'elle ne suscitait aucune inquiétude. C'est donc de bonne foi, comme en témoigne le rapport du Dr B_____ de décembre 2019, qu'il n'a pas signalé une hernie ombilicale qui n'était pas un problème au moment de contracter l'assurance. Sur la base des recommandations de son médecin, il pouvait légitimement partir du principe que sa condition était sans importance pour l'évaluation du risque. En raison de la résiliation du contrat, il n'a pas pu bénéficier d'une chambre en division privée pour son opération et s'est donc vu indûment priver d'une somme de CHF 400.-.

b. Dans sa réponse, la défenderesse a conclu au rejet de la demande, sous suite de frais et dépens.

La défenderesse explique que si elle a résilié le contrat d'assurance, c'est en raison du fait que le demandeur n'a pas révélé souffrir d'une hernie ombilicale, pour laquelle il a sollicité un avis chirurgical auprès du Dr B_____ en juillet 2018. Elle observe que, selon la jurisprudence, la question par laquelle l'assureur demande à l'assuré s'il a été traité par un médecin concerne aussi bien le traitement de l'affection qu'une démarche à but diagnostique. La défenderesse en déduit que la notion de traitement médical doit être interprétée de manière plus large que celle d'examen médical.

La défenderesse objecte que les deux questions auxquelles le demandeur a répondu par la négative sont claires et que le demandeur avait nécessairement conscience de son problème de santé lorsqu'il s'est adressé, en juillet 2018, à un spécialiste en chirurgie viscérale pour obtenir un avis chirurgical concernant une hernie ombilicale. Cela suppose qu'un diagnostic ait été posé. Le demandeur ne saurait être suivi lorsqu'il affirme que sa connaissance de la situation au moment de la signature du contrat ne lui permettait pas de répondre autrement ; il était au contraire parfaitement conscient d'avoir consulté un spécialiste quatre mois auparavant, lequel avait posé un diagnostic clair. En violant son obligation de déclarer des faits propres à se répercuter sur la décision de l'assurance de contracter, le demandeur a commis une réticence justifiant la résiliation du contrat et ne peut donc prétendre à toute prestation en découlant.

c. Les parties ont répliqué et dupliqué, persistant dans leurs conclusions respectives.

d. La Cour de céans a tenu une audience de débats le 15 avril 2021.

Lors de sa comparution, l'assuré a exposé que s'il a changé ses assurances de base et complémentaires, c'est parce qu'un représentant est passé à son travail et lui a fait miroiter une assurance similaire à celle qu'il avait chez VISANA, pour des primes bien moindres. Il s'est toutefois rendu compte par la suite qu'il ne s'agissait pas des mêmes conditions, puisqu'il n'avait par exemple plus le libre choix du médecin. Le représentant l'a aidé à remplir le questionnaire, mais il n'a pas évoqué avec lui la question de la hernie ombilicale. Ce qu'il a retenu de la consultation de 2018, c'était qu'il n'y avait rien de spécial à entreprendre.

Entendu à son tour, le Dr B_____ a indiqué être spécialisé en chirurgie depuis 1996 et en chirurgie viscérale depuis 2010-2011. Après avoir travaillé pendant plusieurs années aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), puis à Bordeaux et à Fribourg, il s'est installé en privé en 2011.

Interrogé au sujet de son courrier du 9 décembre 2019, le médecin a répondu qu'en juillet 2018, le demandeur l'a consulté parce que son nombril avait changé de forme et qu'il s'en inquiétait. L'examen clinique a permis de mettre en évidence une hernie ombilicale, pour laquelle il n'y avait alors pas d'indication opératoire. Il a ainsi pu rassurer le patient et lui indiquer qu'il n'y avait pas de raison de s'inquiéter à ce moment-là, et qu'aucun traitement n'était alors à envisager. Il a cependant également indiqué au demandeur que les choses pouvaient évoluer, la hernie devenir symptomatique et qu'un traitement pourrait éventuellement entrer en ligne de compte dans le futur, selon l'évolution des choses. Si tel était le cas, il se tenait à disposition du patient. Sa démarche, concrétisée par ce courrier, visait à soutenir son patient dans sa relation avec son assurance et à exprimer qu'il comprenait que ce dernier n'ait pas mentionné cette hernie, puisqu'il lui avait expressément indiqué qu'il ne fallait pas qu'il s'en inquiète.

Le médecin explique qu'il y a indication opératoire lorsque ce n'est pas de la graisse mais une partie de la structure digestive qui passe dans l'orifice de la paroi abdominale et qui se trouve ainsi étranglée. La situation devient alors potentiellement grave, puisque cela peut entraîner une perforation et une péritonite. Lorsque l'assuré l'a consulté en juillet 2018, la situation était plutôt rassurante puisqu'il n'y avait pas d'incarcération digestive (la graisse occupait l'orifice, ce qui permettait de faire « bouchon »). Dès lors, les risques d'incarcération digestive étaient quasi nuls. Dans ce genre de cas, il arrive cependant que des douleurs surviennent lorsque la graisse est coincée après certains mouvements ; la survenance de douleurs peut alors poser à son tour une indication opératoire. Le discours qu'il tient habituellement aux patients se présentant dans une situation telle que celle du demandeur en juillet 2018 est le suivant : si le patient n'a pas de plainte particulière, il le rassure en expliquant qu'il n'y a pas forcément besoin d'une intervention, à moins que les choses changent au point de justifier une réévaluation de la situation. Chez le demandeur, la problématique n'en était pas vraiment une, mais la situation pouvait changer et sa porte demeurait ouverte.

Interrogé au sujet de la question n° 8 du formulaire rempli par le demandeur, le médecin indique qu'il maintient sa position. À son sens, l'on n'était pas en présence d'un « problème lié à [l']état de santé », mais d'une simple constatation physique qui, justement, ne posait pas encore problème. De nombreux patients vivent sans problème avec une hernie ombilicale, sans qu'une opération ne se révèle nécessaire. La situation lui paraît similaire aux patients présentant un hallux valgus, qui est un autre problème courant. Il ne pense pas qu'un assuré doive le signaler à son assurance, puisque cette constatation physique n'implique pas forcément qu'une opération sera un jour nécessaire.

e. Dans ses conclusions après enquête, le demandeur fait valoir que les explications fournies par le Dr B_____ confirment sa bonne foi, son médecin considérant tout comme lui qu'il ne souffrait à l'époque pas d'un « problème lié à son état de santé », tel qu'évoqué dans la question 8 du formulaire. Par ailleurs, il réaffirme avoir apprécié son état de santé sur la base de l'avis rassurant du spécialiste.

f. La défenderesse soutient quant à elle que, même si en juillet 2018, selon le Dr B_____, la situation était plutôt rassurante vu l'absence d'incarcération digestive, il n'en demeure pas moins que la situation n'était alors pas figée et que la situation pouvait évoluer dans le sens d'une indication opératoire. Le demandeur a été averti de ces risques par son médecin et ceux-ci se sont matérialisés à la fin de l'année 2019, lorsqu'une opération s'est révélée nécessaire. La défenderesse ajoute que si elle avait eu connaissance, avant de contracter, du diagnostic d'hernie ombilicale posé en juillet 2018, elle n'aurait pas manqué de formuler une réserve médicale.

Pour le reste, la défenderesse considère que l'avis du Dr B_____ selon lequel il n'aurait pas été question d'un problème lié à l'état de santé mais d'une simple constatation physique doit être considéré avec circonspection, dès lors qu'à l'issue de sa consultation avec son médecin – et donc également au moment où il a rempli le questionnaire – le demandeur avait connaissance du diagnostic d'hernie ombilicale et d'un potentiel d'évolution impliquant un traitement. Enfin, en lien avec le courrier du 9 décembre 2019, la défenderesse rappelle le principe jurisprudentiel selon lequel le juge doit tenir compte de ce que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance l'unissant à ce dernier.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 7 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 (CPC - RS 272) et à l'art. 134 al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal, relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA - RS 221.229.1).

Selon la police d'assurance, le contrat est régi par la LCA.

La compétence de la Cour de céans à raison de la matière pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. L'art. 46a LCA prescrit que le for se définit selon la loi du 24 mars 2000 sur les fors (LFors) qui a été abrogée au 1er janvier 2011 par l'entrée en vigueur du CPC, auquel il convient désormais de se référer. Sauf dispositions contraires de la loi, pour les actions dirigées contre les personnes morales, le for est celui de leur siège (art. 10 al. 1 let. b CPC), étant précisé que l'art. 17 al. 1 CPC consacre la possibilité d'une élection de for écrite.

En l'occurrence, l'art. 41 des conditions générales d'assurance (ci-après : CGA) pour les assurances-maladies complémentaires, édition 2010, prévoit que pour toute contestation au sujet du contrat d'assurance, sont compétents au choix soit les tribunaux du domicile suisse du preneur d'assurance ou de l'ayant droit, soit ceux du siège de l'assureur.

Le demandeur ayant son domicile à Genève, la chambre de céans est compétente à raison du lieu pour connaître de la présente demande.

3. Les litiges relatifs aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie ne sont pas soumis à la procédure de conciliation préalable de l'art. 197 CPC lorsque les cantons ont prévu une instance cantonale unique selon l'art. 7 CPC (ATF 138 III 558 consid. 4.5 et 4.6 ; ATAS/577/2011 du 31 mai 2011), étant précisé que le législateur genevois a fait usage de cette possibilité (art. 134 al. 1 let. c LOJ).

4. La demande, qui comporte notamment un exposé des faits et des conclusions, respecte les conditions de forme légales (art. 130 et 244 CPC). Il convient toutefois d'examiner la recevabilité de la première conclusion du demandeur, laquelle est de nature constatatoire.

Selon l'art. 88 CPC, le demandeur intente une action en constatation de droit pour faire constater par un tribunal l'existence ou l'inexistence d'un droit ou d'un rapport de droit. Selon une jurisprudence constante, une conclusion en constatation de droit est recevable si le demandeur dispose d'un intérêt de fait ou

de droit digne de protection à la constatation immédiate de la situation de droit (cf. art. 59 al. 2 let. a CPC ; sur les conditions de cette action, cf. ATF 141 III 68 consid. 2.3 ; ATF 136 III 523 consid. 5 ; ATF 135 III 378 consid. 2.2). L'action en constatation de droit est subsidiaire par rapport à l'action condamnatoire ou à l'action formatrice. Seules des circonstances exceptionnelles conduisent à admettre l'existence d'un intérêt digne de protection à la constatation de droit lorsqu'une action en exécution est ouverte. Un litige doit en principe être soumis au juge dans son ensemble par la voie de droit prévue à cet effet. Le créancier qui dispose d'une action condamnatoire ne peut en tout cas pas choisir d'isoler des questions juridiques pour les soumettre séparément au juge par la voie d'une action en constatation de droit (ATF 135 III 378 consid. 2.2). Il appartient au demandeur d'établir qu'il dispose d'un intérêt digne de protection à la constatation (cf. arrêt du Tribunal fédéral 4A_688/2016 du 5 avril 2017 consid. 3.3).

Le but de la demande en constatation de droit est de clarifier une situation juridique lorsque les parties sont en désaccord. Elle a généralement pour objet de faire constater l'existence ou l'inexistence, actuelle et prétendue, d'un rapport de droit (François BOHNET, in Commentaire romand, 2019, n° 13 ad art. 88 CPC). Un intérêt au constat peut exister lorsqu'une action condamnatoire est possible pour une prestation, mais qu'il s'agit de lever les incertitudes sur l'existence d'un rapport de droit dont elle est issue (arrêts du Tribunal fédéral 4A_719/2016 du 31 août 2017 consid. 1.2.3 ; 5C.7/2004 du 22 avril 2004 consid. 1 ; 5C.151/2002 du 30 septembre 2002 consid. 1.2 ; BOHNET, op. cit., n° 15 ad art. 88 CPC). En matière d'assurances complémentaires, le Tribunal fédéral a ainsi confirmé l'existence d'un intérêt digne de protection à voir des conclusions constatatoires tranchées portant sur l'obligation de prester de l'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 5C.151/2002 du 30 septembre 2002 consid. 1.2).

En l'espèce, le contrat d'assurance complémentaire a été résilié avec effet au 30 novembre 2019, en raison d'une réticence qui se rapporte au fait de ne pas avoir annoncé la présence d'une hernie ombilicale. Dans ses écritures, l'assuré demande notamment à la chambre de céans de constater qu'il n'a pas commis de réticence et « d'annuler » la résiliation du contrat, ce qui revient en d'autres termes à demander à la juridiction de céans de constater le maintien du contrat d'assurance complémentaire dans ses termes initiaux (c'est-à-dire sans réserve portant sur le diagnostic d'hernie ombilicale). Conformément à la jurisprudence précitée, le demandeur a un intérêt à faire constater la validité de la police d'assurance complémentaire, laquelle peut fonder une obligation de prester de la défenderesse. L'action en constatation de droit est partant recevable.

5. Le litige porte sur la question de savoir si la défenderesse a valablement résilié, pour cause de réticence, le contrat d'assurance liant les parties et si elle était fondée, le cas échéant, à refuser de prendre en charge les frais de séjour hospitalier liés à l'intervention du 16 mars 2020.

6. La réticence se définit comme l'omission de déclarer ou le fait de déclarer inexactement, lors de la conclusion du contrat, un fait important que celui ayant l'obligation de déclarer connaissait ou devait connaître (art. 6 al. 1 LCA). La notion renvoie aux déclarations obligatoires au sens de l'art. 4 LCA. Selon l'al. 1 de cette disposition, celui qui présente une proposition d'assurance 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. La question posée par l'assureur doit être rédigée de manière précise et non équivoque (art. 4 al. 3 LCA ; ATF 136 III 334 consid. 2.3, p. 336; ATF 134 III 511 consid. 3.3.4, p. 515). Le proposant doit répondre de manière véridique aux questions telles qu'il peut les comprendre de bonne foi ; il n'y a pas de réponse inexacte si la question est ambiguë, de telle sorte que la réponse donnée apparaît véridique selon la manière dont la question pouvait être comprise de bonne foi par le proposant (ATF 136 III 334 consid. 2.3, p. 336 ss.).

Pour qu'il y ait réticence, il faut, d'un point de vue objectif, que la réponse donnée à la question ne soit pas conforme à la vérité, par omission ou inexactitude ; la réticence peut consister à affirmer un fait faux, à taire un fait vrai ou à présenter une vision déformée de la vérité (ATF 136 III 334 consid. 2.3, p. 337). D'un point de vue subjectif, la réticence suppose que le proposant connaissait ou aurait dû connaître la vérité. Le proposant doit déclarer non seulement les faits qui lui sont connus sans autre réflexion, mais aussi ceux qui ne peuvent lui échapper s'il réfléchit sérieusement à la question posée. Il est fondé à attribuer aux termes techniques employés dans ces questions, dont il ne connaît pas le sens et qui ne lui sont pas expliqués, le sens qu'il leur est en général prêté dans le milieu où il vit, en particulier le sens que le langage usuel attribue à ces termes (ATF 136 III 334 consid. 2.3 ; ATF 134 III 511 consid. 3.3.3).

Il faut en plus que la réponse inexacte porte sur un fait important pour l'appréciation du risque (art. 4 al. 1 et art. 6 al. 1 LCA). 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 (art. 4 al. 2 LCA). L'art. 4 al. 3 LCA présume que le fait est important s'il a fait l'objet d'une question écrite de l'assureur, précise et non équivoque. Il s'agit toutefois d'une présomption susceptible d'être renversée. S'il n'appartient pas au proposant de déterminer - à la place de l'assureur - quels sont les éléments pertinents pour apprécier le risque, il n'en demeure pas moins que la présomption sera renversée si le proposant a omis un fait qui, considéré objectivement, apparaît totalement insignifiant. Ainsi, la jurisprudence a admis que celui qui tait des indispositions sporadiques qu'il pouvait raisonnablement et de bonne foi considérer comme sans importance et passagères, sans devoir les tenir pour une cause de rechutes ou des symptômes d'une maladie imminente aiguë, ne viole pas son devoir de renseigner (ATF 136

III 334 consid. 2.4, p. 337 ss et les arrêts cités ; ATF 134 III 511 consid. 3.3.4, p. 515 ; ATF 109 V 36 consid. 1b).

En cas de réticence, l'assureur est en droit de résilier le contrat (art. 6 al. 1 LCA) ; s'il exerce ce droit, il est autorisé à refuser également sa prestation pour les sinistres déjà survenus, si le fait qui a été l'objet de la réticence a influé sur leur survenance ou leur étendue (art. 6 al. 3 LCA). L'existence d'un lien de causalité entre le fait passé sous silence ou inexactement déclaré et le sinistre déjà survenu influe uniquement sur l'obligation de l'assureur d'accorder sa prestation à la suite d'une réticence, mais pas sur la validité de la résiliation du contrat en tant que tel, réglée à l'art. 6 al. 1 LCA (ATF 138 III 416 consid. 6).

Le droit de résiliation s'éteint quatre semaines après que l'assureur a eu connaissance de la réticence (art. 6 al. 2 LCA).

7. La procédure simplifiée s'applique aux litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal (art. 243 al. 2 let. f CPC) et la chambre de céans établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC).

La jurisprudence applicable avant l'introduction du CPC, prévoyant l'application de la maxime inquisitoire sociale aux litiges relevant de l'assurance-maladie complémentaire, reste pleinement valable (ATF 127 III 421 consid. 2). Selon cette maxime, le juge doit établir d'office les faits, mais les parties sont tenues de lui présenter toutes les pièces nécessaires à l'appréciation du litige. Ce principe n'est pas une maxime officielle absolue, mais une maxime inquisitoire sociale. Le juge ne doit pas instruire d'office le litige lorsqu'une partie renonce à expliquer sa position. En revanche, il doit interroger les parties et les informer de leur devoir de collaboration et de production des pièces ; il est tenu de s'assurer que les allégations et offres de preuves sont complètes uniquement lorsqu'il a des motifs objectifs d'éprouver des doutes sur ce point. L'initiative du juge ne va pas au-delà de l'invitation faite aux parties de mentionner leurs moyens de preuve et de les présenter. La maxime inquisitoire sociale ne permet pas d'étendre à bien plaire l'administration des preuves et de recueillir toutes les preuves possibles (ATF 125 III 231 consid. 4a).

La maxime inquisitoire sociale ne modifie pas la répartition du fardeau de la preuve (arrêt du Tribunal fédéral 4C.185/2003 du 14 octobre 2003 consid. 2.1). Pour toutes les prétentions fondées sur le droit civil fédéral, l'art. 8 du Code civil suisse, du 10 décembre 1907 (CC ; RS 210), en l'absence de règles contraires, répartit le fardeau de la preuve et détermine, sur cette base, laquelle des parties doit assumer les conséquences de l'échec de la preuve (ATF 133 III 323 consid. 4.1 non publié ; ATF 130 III 321 consid. 3.1 ; ATF 129 III 18 consid. 2.6 ; ATF 127 III 519 consid. 2a). Cette disposition ne prescrit cependant pas quelles sont les mesures probatoires qui doivent être ordonnées (cf. ATF 122 III 219 consid. 3c ; ATF 119 III 60 consid. 2c). Elle n'empêche pas le juge de refuser une mesure

probatoire par une appréciation anticipée des preuves (ATF 121 V 150 consid. 5a). L'art. 8 CC ne dicte pas comment le juge peut forger sa conviction (ATF 122 III 219 consid. 3c ; ATF 119 III 60 consid. 2c ; ATF 118 II 142 consid. 3a). En tant que règle sur le fardeau de la preuve, il ne s'applique que si le juge, à l'issue de l'appréciation des preuves, ne parvient pas à se forger une conviction dans un sens positif ou négatif (ATF 132 III 626 consid. 3.4 et ATF 128 III 271 consid. 2b/aa). Ainsi, lorsque l'appréciation des preuves le convainc de la réalité ou de l'inexistence d'un fait, la question de la répartition du fardeau de la preuve ne se pose plus (ATF 128 III 271 consid. 2b/aa).

En vertu de l'art. 8 CC, chaque partie doit, si la loi ne prescrit le contraire, prouver les faits qu'elle allègue pour en déduire son droit. En conséquence, la partie qui fait valoir un droit doit prouver les faits fondant ce dernier, tandis que le fardeau de la preuve relatif aux faits supprimant le droit, respectivement l'empêchant, incombe à la partie, qui affirme la perte du droit ou qui conteste son existence ou son étendue. Cette règle de base peut être remplacée par des dispositions légales de fardeau de la preuve divergentes et doit être concrétisée dans des cas particuliers (ATF 128 III 271 consid. 2a/aa avec références). Ces principes sont également applicables dans le domaine du contrat d'assurance (ATF 130 III 321 consid. 3.1).

En principe, un fait est tenu pour établi lorsque le juge a pu se convaincre de la vérité d'une allégation. La loi, la doctrine et la jurisprudence ont apporté des exceptions à cette règle d'appréciation des preuves. L'allégement de la preuve est alors justifié par un « état de nécessité en matière de preuve » (Beweisnot), qui se rencontre lorsque, par la nature même de l'affaire, une preuve stricte n'est pas possible ou ne peut être raisonnablement exigée, en particulier si les faits allégués par la partie qui supporte le fardeau de la preuve ne peuvent être établis qu'indirectement et par des indices (ATF 132 III 715 consid. 3.1 ; ATF 130 III 321 consid. 3.2). Tel peut être le cas de la survenance d'un sinistre en matière d'assurance-vol (ATF 130 III 321 consid. 3.2) ou de l'existence d'un lien de causalité naturelle, respectivement hypothétique (ATF 132 III 715 consid. 3.2). Le degré de preuve requis se limite alors à la vraisemblance prépondérante (die überwiegende Wahrscheinlichkeit), qui est soumise à des exigences plus élevées que la simple vraisemblance (die Glaubhaftmachung). La vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ou hypothèses envisageables ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 133 III 81 consid. 4.2.2 ; ATF 132 III 715 consid. 3.1 ; ATF 130 III 321 consid. 3.3).

8. En l'espèce, la défenderesse a résilié le contrat d'assurance avec effet au 30 novembre 2019, au motif que le demandeur avait répondu par la négative aux questions n°5b et 8 du questionnaire de santé, alors qu'en juillet 2018 – quatre mois avant la signature du questionnaire – il avait consulté un spécialiste qui lui

avait diagnostiqué une hernie ombilicale. Or, c'est cette même affection qui a finalement justifié son hospitalisation à la Clinique Générale-Beaulieu, en vue d'y subir une intervention chirurgicale.

De son côté, le demandeur rétorque qu'il ne s'est pas vu prescrire le moindre traitement par le Dr B_____, de sorte qu'il a rempli le questionnaire de manière conforme à la vérité en répondant par la négative à la question 5 (concernant le suivi d'un traitement médical dans les cinq dernières années). Le demandeur estime n'avoir pas violé non plus son devoir de renseignement en répondant par la négative à la question 8 (relative à d'éventuels « problèmes liés à [l'] état de santé [n'ayant] pas encore fait l'objet d'un traitement »). En effet, il a rempli le questionnaire de santé en suivant la recommandation de son médecin, lequel lui avait conseillé de ne pas tenir compte de sa hernie, puisqu'elle ne suscitait alors pas d'inquiétude. Il pouvait donc partir du principe que sa condition était sans importance pour l'évaluation du risque, et c'est en toute bonne foi qu'il n'a pas signalé cette affection, qui n'était « pas un problème » au moment de contracter.

9.

9.1 Il est constant que la défenderesse a résilié le contrat le 3 décembre 2019, soit au lendemain de la réception du questionnaire rempli par le Dr B_____. Elle a donc respecté le délai de quatre semaines à compter de la découverte du motif de réticence, ce qui n'est pas contesté. En revanche, les parties s'opposent sur le point de savoir si le demandeur a enfreint son obligation de renseigner en répondant par la négative aux questions 5b et 8 du questionnaire de santé.

Ces questions sont libellées comme suit :

Question 5b : « Etes-vous actuellement ou avez-vous été en traitement au cours des cinq dernières années auprès d'un médecin ? » ;

Question 8 : « Présentez-vous des séquelles de maladie […] ou avez-vous connaissance de problèmes liés à votre état de santé (par ex. maladie congénitale) qui n'ont pas encore fait l'objet de traitement ? ».

9.2 Il ressort du dossier qu'avant de signer la proposition d'assurance complémentaire, l'assuré a consulté le Dr B_____ en juillet 2018, après avoir constaté un changement de la forme de son nombril. L'examen clinique a mis en évidence une hernie ombilicale, pour laquelle le Dr B_____ n'a pas retenu d'indication opératoire dans l'immédiat. Entendu en audience, ce praticien a exposé qu'en juillet 2018, il avait rassuré l'assuré et lui avait indiqué qu'aucun traitement n'était à envisager, tout en précisant cependant que la hernie ombilicale pouvait devenir symptomatique à l'avenir et qu'un traitement pourrait alors entrer en considération.

La Cour de céans constate ainsi qu'au moment de la signature de la proposition d'assurance, le recourant n'avait effectivement pas déjà fait l'objet d'un traitement médical en lien avec le diagnostic de hernie ombilicale. En particulier, il

n'apparaît pas qu'un traitement impliquant des contrôles médicaux réguliers ou une médication d'une certaine durée eût alors été instauré. Dans ces circonstances, on doit admettre que le recourant pouvait de bonne foi considérer qu'il ne souffrait pas d'un trouble ayant nécessité un « traitement » dans les cinq années précédentes, tel que visé par la question n°5b du questionnaire (comp. avec les arrêts 109 V 36 et RAMA 1986 n° K 670 p. 131 où le grand nombre et la fréquence des consultations auprès d'un psychiatre, respectivement d'un psychothérapeute, devaient faire comprendre à l'assuré qu'on était en présence d'un véritable traitement médical ; cf. également RJAM 1970 no 82 p. 229). S'il est exact que, comme le relève la défenderesse, la notion de « traitement médical » (ärztlicher Behandlung) doit être interprétée de manière extensive (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 3/06 du 6 juin 2006 consid. 4.3.1), il ne ressort pas de la jurisprudence que l'on devrait qualifier de « traitement médical » une consultation ponctuelle auprès d'un spécialiste, *a fortiori* lorsqu'aucune médication n'est prescrite (arrêt du Tribunal fédéral 9C_66/2008 du 24 juin 2008 consid. 4.2).

Partant, le demandeur n'a pas enfreint son obligation de renseigner en répondant par la négative à la question n°5b du questionnaire de santé, soit celle de savoir s'il avait été « en traitement » auprès d'un médecin durant les cinq dernières années.

9.3 S'agissant de la question 8 du questionnaire de santé, on relèvera avec le demandeur qu'elle est formulée de manière évasive en tant qu'elle se réfère à la notion de « problème lié à l'état de santé » n'ayant pas encore fait l'objet d'un traitement (cf. les arrêts du Tribunal fédéral 4A_134/2013 du 11 septembre 2013 consid. 4.2.2 et 4A_94/2019 du 17 juin 2019 consid. 4 concernant les notions de « trouble » ou « d'atteinte à la santé », similaires à celle de « problèmes liés à l'état de santé »). Cela étant dit, selon la jurisprudence, les troubles à la santé soumis à l'obligation de déclarer sont à tout le moins ceux ayant valeur de maladie (ATF 134 III 511 consid. 3.3.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_66/2008 du 24 juin 2008 consid. 4.1). Or, on doit admettre que le diagnostic de hernie ombilicale – qui est répertorié sous le chapitre 11 (« maladies de l'appareil digestif »), chiffre K42 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision (CIM-10) – correspond à une atteinte à la santé ayant valeur de maladie, qui exige un examen médical (cf. art. 3 des conditions générales de la défenderesse pour les assurances complémentaires) et doit être annoncée à l'assureur.

La Cour de céans estime que, malgré la formulation quelque peu imprécise de la question 8, le demandeur ne pouvait de bonne foi y répondre par la négative. À l'époque où il répondait, soit en novembre 2018, le demandeur avait récemment consulté, en juillet 2018, un médecin spécialisé en chirurgie viscérale, en raison de symptômes persistants, singulièrement d'une élévation du ventre d'environ 1 cm et d'un changement de forme du nombril. Par le fait même que ces

symptômes avaient déterminé le demandeur à consulter un chirurgien, ils étaient indéniablement un « problème lié à l'état de santé » visé par la question (n'ayant pas encore fait l'objet d'un traitement) et le demandeur devait s'en rendre compte, à l'instar de toute personne normalement capable de discernement (dans le même sens, cf. arrêt du Tribunal fédéral 4A_94/2019 du 17 juin 2019 consid. 4 [assuré souffrant de troubles digestifs pour lesquels un spécialiste n'avait mis en évidence aucune atteinte permanente]). On précisera encore que, selon les indications données par le Dr B_____, c'est lors de la consultation de juillet 2018 – soit avant la signature de la proposition d'assurance, en novembre 2018 – que le demandeur a eu connaissance du diagnostic « précis » de hernie ombilicale (cf. questionnaire du 2 décembre 2019). Cela correspond d'ailleurs aux indications fournies par le demandeur lui-même, lequel déclare dans son mémoire que la hernie ombilicale lui a été diagnostiquée en juillet 2018 (ch. 13 de la partie « en fait » de la demande).

Sous l'angle de la réticence, peu importe l'absence de signes dont on aurait pu inférer la nécessité d'une intervention chirurgicale peu après la conclusion du contrat : selon la jurisprudence, les réponses aux questions servent à évaluer les risques, cas échéant à en exclure certains, et pas uniquement à éviter des dépenses futures plus ou moins certaines (cf. arrêt du Tribunal fédéral 4A_577/2014 du 13 janvier 2015 consid. 1 [assuré présentant une hypertrophie de la prostate, pour laquelle aucune opération n'était prévue au moment de la conclusion du contrat] ; cf également ATF 92 II 342 consid. 3 [assuré souffrant d'une appendicite pour laquelle une opération avait seulement été évoquée par un médecin, sans qu'elle ne s'imposât impérieusement]). Le fait qu'une intervention chirurgicale n'avait pas été prévue au moment de la conclusion du contrat n'exclut donc pas une violation de l'obligation de renseigner. Quant aux déclarations du spécialiste selon lesquelles, en juillet 2018, il n'existait pas d'indication opératoire mais que les choses pouvaient évoluer, la hernie devenir symptomatique et un traitement entrer en considération à l'avenir, ce dont il avait informé le patient, elles démontrent qu'il subsistait une incertitude sur l'évolution future de cette hernie et que la perspective d'un traitement, notamment chirurgical, ne pouvait être définitivement écartée, de sorte que l'information était importante pour la compagnie d'assurance.

Certes, le diagnostic posé en juillet 2018 n'était pas nécessairement « grave », dans la mesure où de nombreux patients peuvent vivre normalement avec une hernie ombilicale, selon les explications données par le spécialiste. Il n'en demeure pas moins que lorsqu'il a rempli le questionnaire de santé, le demandeur savait que sa hernie pouvait, en fonction de son évolution, nécessiter un traitement, lequel s'est d'ailleurs finalement révélé indispensable, sous la forme d'une cure chirurgicale. En faisant preuve de l'attention raisonnablement exigible de sa part, le demandeur devait se rendre compte que cette affection était susceptible d'entraîner des coûts médicaux et qu'elle constituait donc un élément important, susceptible de se répercuter sur l'appréciation du risque par l'assureur.

En effet, le risque que l'assureur prend est indéniablement plus important lorsqu'il assure un proposant qui, comme le demandeur, a déjà développé une hernie ombilicale au moment de contracter.

Pour le reste, le fait que le questionnaire de santé a été rempli avec l'aide d'un agent d'assurance n'est pas déterminant non plus, dès lors que le proposant agit à ses risques et périls lorsqu'il signe le questionnaire rempli par l'agent sans vérifier l'exactitude des réponses transcrites par celui-ci (arrêt du Tribunal fédéral 5C.278/1999 du 11 avril 2000 consid. 5).

9.4 En définitive, en répondant par la négative à la question n°8 de la déclaration de santé, le demandeur a manqué à son devoir de renseigner de manière exacte l'assureur sur son état de santé (art. 4 LCA). Aussi est-ce à bon droit que la défenderesse a considéré que le demandeur avait commis une réticence en taisant l'existence de sa hernie omibilicale et que, par son courrier du 3 décembre 2019, elle a résilié le contrat d'assurance et refusé de prendre en charge les frais correspondant à deux jours d'hospitalisation en division demi-privée (CHF 400.-), tels que réclamés par le demandeur. Corollairement, la conclusion tendant à ce que la juridiction cantonale constate l'absence de réticence sera écartée, tout comme celle tendant au paiement de CHF 400.-.

Enfin, dans la mesure où le demandeur requiert le paiement d'un capital de CHF 2'500.- pour son hospitalisation, en se référant aux conditions particulières de l'assurance complémentaire « H-Capital », sa conclusion se révèle également infondée, dès lors qu'aucune prestation n'est due par la défenderesse en lien avec l'affection ayant fait l'objet de la réticence (art. 6 al. 3 LCA).

10. Au vu de ce qui précède, la demande doit être rejetée.

11. Il n'est pas perçu de frais judiciaires (art. 114 let. e CPC), ni alloué de dépens à la charge du demandeur (art. 22 al. 3 let. b de la loi d'application du code civil suisse et d'autres lois fédérales en matière civile du 11 octobre 2012 [LaCC - E 1 05]).

******

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare la demande recevable.

Au fond :

2. La rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Conformément aux art. 72 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110), le présent arrêt peut être porté dans les trente jours qui suivent sa notification avec expédition complète (art. 100 al. 1 LTF) par devant le Tribunal fédéral par la voie du recours en matière civile (Tribunal fédéral suisse, avenue du Tribunal fédéral 29, 1000 Lausanne 14), sans égard à sa valeur litigieuse (art. 74 al. 2 let. b LTF). Le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoqués comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Marie-Catherine SECHAUD	Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA) par le greffe le