RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2489/2020 **ATAS/1220/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 novembre 2021

9ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à CAROUGE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Soile SANTAMARIA	demandeur

contre

HELSANA ASSURANCES COMPLÉMENTAIRES SA, sise Zürichstrasse 130, DÜBENDORF	défenderesse

Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente; Anny FAVRE et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

A **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1960, a conclu avec Helsana assurances complémentaires SA (ci-après : l'assurance) une police d'assurance complémentaire comprenant le produit « COMPLETA ».

b. Dans la déclaration de santé remplie par l'assuré le 1er novembre 2017 en vue de la conclusion d'une police complémentaire avec l'assurance, l'intéressé a notamment coché la case « non » aux questions suivantes :

Question 2a : « êtes-vous actuellement traité(e) ou suivi(e) par un médecin, dentiste, naturopathe, thérapeute, etc. ou cela est-il prévu ? »

Question 2b : « vous a-t-on recommandé une visite médicale/des examens médicaux qui n'ont toutefois pas encore été effectués ? »

Question 3 : « au cours des cinq dernières années, avez-vous suivi un traitement/contrôle/examen ambulatoire ou stationnaire dispensé par un médecin/dentiste/naturopathe/ thérapeute ? »

À la suite de la question 3, l'assuré était invité à remplir le tableau suivant, dont le libellé était le suivant : « si vous avez répondu par « oui » à une ou plusieurs questions mentionnées au point 2a, 2b ou 3, veuillez compléter le tableau ci-dessous » :

Genre de maladie/affection (diagnostic), de douleurs ou résultat/motif du traitement/contrôle/examen ?	Date du dernier traitement ?	Nom et adresse du médecin traitant, dentiste, naturopathe, thérapeute, hôpital ?	Guéri sans suites ?
			□ Oui □ □ □ Non

L'assuré n'a pas rempli ce tableau.

À la fin du questionnaire, il était notamment mentionné, en petites lettres, que « par [s]a signature, [l'assuré] déli[ait] les fournisseurs de prestations, assureurs-maladies, médecins-conseils et autres services compétents de leur obligation légale et contractuelle de garder le secret vis-à-vis des sociétés du Groupe Helsana et d'autres assureurs selon les assurances qu'[il] souhaite conclure, et plus particulièrement vis-à-vis de leurs services d'examen du risque, et [il] les

autorise à fournir tous les renseignements nécessaires en relation avec l'assurance souhaitée (pour l'examen du risque et pour la vérification de la réticence) ».

c. L'offre, conclue le 1er novembre 2017, indiquait que le contrat d'assurance était valable du 1er janvier 2019 au 1er janvier 2024.

B. **a.** L'assuré a été reçu en consultation par Monsieur B_____, psychothérapeute et psychanalyste sis en France, les 17, 23 et 29 janvier, 6, 13 et 20 février, 6 et 22 mars et 11 avril 2019. Les factures du thérapeute, de CHF 150.- par séance, ont été transmises à l'assurance.

b. Le 21 mai 2019, l'assurance a sollicité de l'assuré un extrait détaillé des prestations versées au titre de l'assurance de base et des assurances complémentaires durant les cinq dernières années (nom du prestataire et dates de traitement). Elle a expliqué avoir remboursé plusieurs séances de psychothérapie depuis le 6 février 2019, alors que, dans sa déclaration de santé du 1er novembre 2017, l'intéressé avait déclaré n'être suivi pour aucun traitement.

c. Le 18 juin 2019, l'assurance a reçu un relevé des prestations médicales dispensées pour la période du 1er janvier 2017 au 28 mai 2019 d'Avenir assurance maladie SA, du Groupe Mutuel, ainsi qu'un relevé de prestations de l'assurance CSS pour la période du 2 septembre 2015 au 3 février 2017.

d. Le 20 juin 2019, l'assurance a envoyé un questionnaire médical à la doctoresse C_____, médecin interne FMH et médecin traitante de l'assuré. Elle a notamment interrogé la médecin sur les raisons médicales des examens des 16 août 2017 par la doctoresse D_____, radiologue, et 31 octobre 2017 par le docteur E_____, gastroentérologue.

Le 30 juillet 2019, répondant aux questions de l'assurance, la Dresse C_____ a posé les diagnostics d'hématospermie intermittente, diagnostiquée en septembre 2017 par le docteur F_____, urologue, d'hypertrophie bénigne de la prostate asymptomatique, diagnostiquée en septembre 2017 par le Dr F_____, d'hernie inguinale bilatérale, diagnostiquée en juin 2018 par le Dr F_____ et d'intolérance au lactose, selon bilan sanguin du 20 octobre 2017 du Dr E_____. La Dresse C_____ a expliqué que le patient était en bonne santé habituelle et qu'il avait consulté le Dr F_____ pour un contrôle urologique et en raison d'une hématospermie intermittente. C'était dans ce contexte qu'il avait bénéficié d'une IRM demandée par le Dr F_____ auprès de la Dresse D_____. Cet examen avait permis d'écarter toute lésion suspecte de la prostate. Il avait consulté le Dr E_____ dans le but de pratiquer une coloscopie de contrôle comme prévue dans son suivi. Ce médecin avait pratiqué tout un bilan sanguin extensif, qui avait mis en évidence une intolérance au lactose. Il proposait un certain nombre d'autres investigations. La Dresse C_____ l'avait alors adressé au Dr G_____ pour la coloscopie de contrôle qui avait mis en évidence un polype bénin excisé, avec recommandations d'une coloscopie à cinq ans, soit en 2023, en raison d'une anamnèse familiale positive pour des néoplasies digestives. Le patient était au

courant des diagnostics du Dr F_____ depuis septembre 2017. Par contre, il n'avait pas eu toutes les informations du bilan demandé par le Dr E_____. Il bénéficiait d'un suivi auprès du Dr F_____ environ une fois par année. Son pronostic était excellent.

C. **a.** Par courrier « A Plus » du 12 août 2019, l'assurance a résilié le contrat d'assurance complémentaire COMPLETA avec effet au 31 août 2019, au motif que l'assuré n'avait pas répondu correctement aux questions figurant dans le questionnaire de santé. L'assurance avait récemment reçu des factures de M. B_____, psychothérapeute, pour de la psychothérapie. D'après les informations recueillies auprès de son médecin, il apparaissait que le Dr F_____ le suivait depuis septembre 2017 pour diverses affections, soit hématospermie intermittente, diagnostiquée en septembre 2017, hypertrophie bénigne de la prostate asymptomatique, diagnostiquée en septembre 2019 et intolérance au lactose, bilan sanguin du Dr E_____ du 20 octobre 2017. Ces informations auraient dû être signalées aux questions 2 et 3 du questionnaire de santé. Les coûts de traitement du 6 février 2019 au 22 mars 2019 seraient remboursés au titre de l'assurance complémentaire COMPLETA.

b. Dans un courrier du 30 août 2019, l'assuré, par l'intermédiaire de ses mandataires, a contesté la résiliation du contrat par l'assurance. Il a fait valoir, en premier lieu, qu'il n'avait pas donné son consentement à l'acquisition des dossiers médicaux détaillés, qui n'avaient aucun lien avec le sinistre. Il réservait ses droits par rapport à un traitement illicite de données médicales sensibles. La résiliation n'était pas conforme au droit. Les trois causes de réticence soulevées par l'assurance concernaient des situations bénignes, sans indication d'une quelconque pathologie et sans qu'il n'ait été ordonné de traitement. L'assuré n'avait fait l'objet d'aucun diagnostic qu'il aurait eu l'obligation de dévoiler à l'assurance. Enfin, l'assurance n'avait pas démontré que le délai de péremption de l'art. 6 al. 2 LCA avait été respecté. Ce document a été partiellement caviardé dans le cadre de la procédure.

c. Dans un courrier du 9 septembre 2019, l'assurance a fait savoir à l'assuré qu'elle procéderait à des vérifications et le tiendrait informé de ses investigations.

d. Le 30 décembre 2019, l'assurance a maintenu la résiliation du contrat d'assurance. Le rapport médical de la Dresse C_____ lui était parvenu le 7 août 2019, de sorte que le délai de péremption de quatre semaines était respecté. De par sa signature sur la déclaration de santé, le 1er novembre 2017, l'assuré avait délié les fournisseurs de prestations, assureurs-maladies, médecins-conseils et autres services compétents de leur obligation légale et contractuelle de garder le secret vis-à-vis des sociétés du Groupe Helsana. La manière selon laquelle l'assuré avait rempli la déclaration de santé avait laissé entendre qu'il n'avait pas consulté de médecin ou thérapeute durant les cinq dernières années. Or, selon l'extrait de prestations d'Avenir assurance maladie SA, reçu par l'assurance le 18 juin 2019, ses frais de traitement s'étaient élevés à CHF 6'978.20.

L'appréciation personnelle de l'assuré ne jouait pas de rôle pour déterminer ce qui avait valeur de maladie. Dans son cas, l'assuré avait consulté un radiologue spécialisé en urologie et un diagnostic avait été posé en septembre 2017. Il avait par ailleurs déjà été traité par ce médecin du 16 avril 2015 au 21 mai 2015. Au moment de la conclusion du contrat, l'assuré était également en traitement auprès d'un gastro-entérologue, le Dr E_____, la dernière consultation ayant eu lieu le 31 octobre 2017, soit un jour avant la signature du contrat. Rien ne l'empêchait de mentionner ces examens dans sa déclaration de santé du 1er novembre 2017, d'autant plus qu'il était dans l'attente des résultats du bilan sanguin pratiqué.

D. Par acte du 21 août 2020, l'assuré a déposé auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS), une action en constatation de l'existence du contrat d'assurance. Il a conclu, préalablement, à ce que la chambre de céans limite la procédure (art. 125 let. a CPC) aux questions suivantes : illicéité du traitement des données médicales sensibles par l'assurance et conséquences sur la validité de résiliation ; le cas échéant, inexploitabilité des moyens de preuve par hypothèse invoqués par l'assurance sur la base de données médicales sensibles traitées illégalement. Principalement, il a conclu, sous suite de frais et dépens, à ce que la chambre de céans constate que le contrat d'assurance complémentaire COMPLETA n'avait pas été valablement résilié le 12 août 2019 et que le contrat d'assurance était maintenu.

b. Le 21 août 2020, la chambre de céans a invité l'assurance à lui faire parvenir sa réponse et son dossier complet et a demandé aux parties si elles souhaitaient la tenue d'une audience de débats.

c. Le 28 août 2020, l'assuré a fait valoir que le courrier de la chambre de céans du 21 août 2020 était prématuré, dès lors qu'il avait sollicité à titre préalable la limitation du procès afin d'éviter l'atteinte à sa personnalité en raison de la communication de données sensibles acquises de façon illicite par l'assurance. Il a ajouté qu'il lui était impossible de se prononcer sur la nécessité d'une audience de débats avant que la chambre ait statué sur ses conclusions préalables.

Les pièces produites par l'assuré à l'appui de sa demande étaient partiellement caviardées.

d. Le 4 septembre 2020, la chambre de céans a invité l'assurance à limiter sa réponse, dans un premier temps, à la question du caractère illicite ou non du traitement des données médicales sensibles par l'assurance et les conséquences sur la validité de la résiliation. Le cas échéant, l'assurance était invitée à limiter son dossier à la production de toutes pièces utiles en relation avec cette question.

e. Par réponse du 9 octobre 2020, l'assurance a conclu à la licéité des documents obtenus par l'assurance, ainsi qu'à leur exploitabilité dans le cadre de la présente procédure. Pour le reste, elle a conclu à l'irrecevabilité de l'action en constatation, subsidiairement à son rejet, avec suite de frais et dépens. S'agissant de la recevabilité, elle s'en est rapportée à justice sur le point de savoir si

Helsana assurances SA pouvait être actionnée, alors qu'elle ne gérait que l'assurance obligatoire des soins. Les questions en matière d'assurance-maladie complémentaire étaient du ressort de Helsana assurances complémentaires SA.

Les pièces produites par l'assurance à l'appui de sa réponse étaient partiellement caviardées.

f. Par arrêt du 17 novembre 2020 (ATAS/1101/2020), rendu en application de l'art. 125 let. a CPC, la chambre de céans a dit que le traitement des données médicales sensibles par l'assurance n'avait pas porté une atteinte illicite à la personnalité de l'assuré. Un délai était imparti à l'assuré pour se prononcer sur le fond du litige.

g. Par acte du 5 janvier 2021, l'assuré a persisté dans ses conclusions. Il a produit la version non caviardée des courriers de l'assurance des 12 août 2019 et 30 décembre 2019. La résiliation était nulle, faute d'avoir été formée par l'entité compétente. La déclaration de résiliation, par son imprécision, ne respectait pas les exigences de forme nécessaires. L'assuré était légitimé à comprendre que le terme « affection » signifiait maladie. Contrairement à ce que soutenait l'assurance, l'assuré avait répondu correctement à la question 3 du questionnaire médical. L'hypertrophie bénigne de la prostate asymptomatique n'entrait pas dans la catégorie « maladie/affection ». Son médecin lui avait expliqué qu'il s'agissait d'une manifestation banale et commune chez les hommes de son âge, sans caractère pathologique. Quant à l'hématospermie intermittente, il s'agissait d'un symptôme, sans lien avec une pathologie. Enfin, le test sanguin n'avait pas été effectué pour cause de maladie ou d'affection mais en vue d'un dépistage. Le résultat du test ne lui avait été communiqué qu'après avoir rempli le questionnaire de santé, ce que l'assurance avait du reste admis. L'assuré avait par ailleurs répondu correctement à la question 2 en indiquant qu'il n'était pas en traitement. La consultation auprès de son urologue, le Dr F_____, était ponctuelle et faisait suite à la présence de sang dans son sperme. Après vérifications, tout danger de cancer avait pu être écarté. Aucun traitement n'était du reste nécessaire s'agissant de l'hypertrophie bénigne de la prostate. Même à admettre que ces éléments auraient dû être mentionnés dans le questionnaire de santé, il ne s'agissait pas de faits importants qui auraient influencé l'appréciation du risque.

h. Par réponse du 8 mars 2021, l'assurance a conclu à l'irrecevabilité de la demande, subsidiairement à son rejet, avec suite de frais et dépens. Les réponses du demandeur au questionnaire de santé n'étaient pas conformes à la vérité. Même à considérer que les questions étaient floues et évasives, le demandeur aurait dû de bonne foi se rendre compte de l'importance des réponses. Se référant à un avis médical du 23 février 2021, produit à l'appui de son écriture, l'assurance a relevé que l'hypertrophie bénigne de la prostate constituait un risque pour l'assurance car si le diagnostic n'était pas associé à un risque accru de cancer, il s'accompagnait volontiers de symptômes mictionnels et érectiles présents chez plus de 50 % des hommes de 40 à 70 ans. L'impact de ces symptômes sur la qualité de vie était

largement décrit avec un sommeil perturbé, un stress important (impuissance, incontinence) et une perte d'estime de soi. Certains traitements médicamenteux et des troubles érectiles étaient largement prescrits même s'ils n'étaient pas pris en charge par l'assurance-maladie de base. Il en allait de même des soins ostéopathiques loco-régionaux indiqués par les difficultés à uriner, voire des douleurs.

i. Par réplique du 16 avril 2021, l'assuré a persisté dans ses conclusions. Il a maintenu que les pièces obtenues par l'assurance auprès de la Dresse C_____ l'avaient été de manière illicite. Il a contesté la valeur probante de l'avis de la Dresse H_____, relevant qu'elle n'avait pas les qualifications nécessaires. Dans la mesure où il avait été mis en évidence après le questionnaire de santé, il n'était pas possible de se fonder sur le polype pour justifier la résiliation. Quant à l'intolérance au lactose, il n'en avait pas eu connaissance lorsqu'il répondait au questionnaire.

j. Par duplique du 3 mai 2021, l'assurance a conclu à l'irrecevabilité de la demande, subsidiairement à son rejet, avec suite de frais et dépens.

k. Le 29 juin 2021, la chambre de céans a tenu une audience de débats d'instruction, d'ouverture des débats principaux et de premières plaidoiries. Lors de la comparution personnelle, l'assuré a confirmé avoir subi une IRM, dont le rapport avait été rendu le 16 août 2017. Il avait été adressé par son urologue traitant, le Dr F_____, à la Dresse D_____ car il avait du sang dans le sperme. Ce symptôme était apparu approximativement en juillet 2017. Le résultat de l'IRM était négatif. Le Dr F_____ lui avait alors indiqué que dans la mesure où le cancer était écarté, le sang dans le sperme était un cas tout à fait banal, dû à la rupture d'un vaisseau sanguin. Le diagnostic d'hypertrophie bénigne de la prostate avait été posé avant l'IRM par son urologue traitant lors d'une consultation annuelle. D'après son médecin, il n'y avait aucun signe inquiétant. L'assuré n'avait d'ailleurs subi aucune gêne, ni aucun symptôme en lien avec ce diagnostic. Les médecins ne lui avaient jamais prescrit de médicaments en relation avec l'hypertrophie. S'agissant du polype colique bénin, il avait été excisé lors de la dernière coloscopie en 2018. Il avait rencontré le Dr E_____ dans le but de faire une coloscopie. À cette occasion, le médecin lui avait indiqué qu'il souhaitait faire un bilan général et lui avait prescrit une analyse de sang. Lors de la consultation avec le médecin le 31 octobre 2017, ce dernier lui avait commenté les analyses sanguines et lui avait indiqué qu'il poursuivait d'autres recherches. Il s'était surtout concentré sur une inflammation superficielle de l'anus qu'il avait observée par le biais d'un examen clinique et avait très peu évoqué le bilan sanguin. Il souhaitait procéder à un traitement pour réduire cette inflammation avant d'effectuer une coloscopie. Cette constatation lui paraissait étrange, raison pour laquelle il n'avait pas poursuivi avec ce médecin. Deux mois après environ, il avait consulté un autre médecin, qui avait procédé à une coloscopie.

l. Par ordonnance du 1er juillet 2021, la chambre de céans a ordonné l'audition de la Dresse C_____.

Entendue le 3 septembre 2021, la Dresse C_____ a confirmé que l'hypertrophie bénigne nécessitait un contrôle régulier, à l'instar de tout homme âgé de plus de 50 ans. En 2015, le Dr F_____ avait déjà constaté un début d'hypertrophie asymptomatique. Il s'agissait d'une évolution physiologique standard. S'agissant de l'intolérance au lactose, il s'agissait d'un diagnostic de laboratoire, en ce sens qu'il n'avait été précédé d'aucun symptôme. Son patient n'avait jamais présenté de gêne intestinale. Son patient avait subi des coloscopies de contrôle en 2006 et en 2011, étant précisé que l'examen devait avoir lieu tous les cinq ans en raison de l'historique familial lié au cancer du côlon. En l'absence d'antécédent familial, l'examen s'effectuait tous les huit à dix ans. Lors de cet examen, il était nécessaire de déterminer s'il y avait un polype, étant précisé que le cancer du côlon commençait presque toujours par un polype. En 2017, son patient ne présentait aucun symptôme quant à l'existence d'un polype. S'agissant de l'hématospermie, la médecin a confirmé que l'IRM du 16 août 2017 n'avait révélé aucune pathologie sous-jacente. Selon la médecin, l'hématospermie n'était pas un diagnostic, mais un symptôme. L'hypertrophie, la hernie et l'intolérance au lactose étaient en revanche tous des diagnostics. Enfin, questionnée au sujet de la pièce 15, à savoir le rapport médical de la médecin-conseil du 23 février 2021, la médecin a répondu que les risques décrits en lien avec l'hypertrophie de la prostate se concrétisaient dans le cas d'une personne sur deux. Or, ce n'était pas le cas de l'assuré.

m. Par plaidoiries orales finales du 28 septembre 2021, les parties ont persisté dans leurs conclusions.

Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

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

2.

2.1 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.

2.2 En l'occurrence, l'art. 31 des conditions générales d'assurance (ci-après : CGA) pour les assurances-maladies complémentaires, version 2014, prévoit que pour toutes les actions au sujet du contrat d'assurance, sont compétents au choix soit les tribunaux du domicile suisse des personnes assurées et des ayants 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 des deux premières conclusions principales du demandeur, celles-ci étant de nature constatatoire.

4.1 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).

4.2 En l'espèce, le contrat d'assurance complémentaire a été résilié avec effet au 31 août 2019 en raison d'une réticence qui se rapporte au fait de ne pas avoir annoncé la présence d'une hématospermie intermittente, d'une hypertrophie bénigne de la prostate asymptomatique et d'une intolérance au lactose. Dans ses écritures, l'assuré demande principalement à la chambre de céans de constater que le contrat d'assurance complémentaire n'a pas été valablement résilié et que le contrat d'assurance complémentaire liant le demandeur et la défenderesse est maintenu. 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. L'objet du litige consiste à déterminer si la défenderesse a valablement résilié, pour cause de réticence, le contrat d'assurance liant les parties.

Il convient de préciser, à titre liminaire, que la chambre de céans a déjà jugé que le traitement des données médicales sensibles par la défenderesse n'avait pas porté une atteinte illicite à la personnalité du demandeur, de sorte que de telles données pouvaient être prises en considération dans la présente procédure (ATAS/1101/2020 du 17 novembre 2020). Il n'y a pas lieu d'y revenir.

6. Le demandeur soutient en premier lieu que la résiliation ne serait pas valable puisqu'elle a été formée par « Helsana Assurances SA » alors que la police d'assurance avait été établie par la défenderesse. Or, en l'absence de procuration, Helsana assurances SA ne pouvait pas valablement représenter la défenderesse.

6.1 Selon l'art. 6 al. 1 LCA, si celui qui avait l'obligation de déclarer a, lors de la conclusion du contrat, omis de déclarer ou inexactement déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître (réticence), et sur lequel il a été questionné par écrit, l'assureur est en droit de résilier le contrat ; il doit le faire par écrit. La résiliation prend effet lorsqu'elle parvient au preneur d'assurance.

La volonté d'une personne morale s'exprime par ses organes (par imputation à la personne morale des actes de l'organe ; art. 55 al. 1-2 CC ; ATF 146 III 37 consid. 5.1) ou par des représentants civils au sens des art. 32 ss CO (ATF 146 III 37 consid. 5.3).

Selon le système des art. 32 ss CO, lorsque le représentant qui conclut le contrat manifeste agir au nom du représenté, le représenté est lié dans trois cas de figure : (1) lorsque le représenté avait conféré les pouvoirs nécessaires au représentant dans leurs rapports internes (procuration interne ; art. 32 al. 1 CO ; arrêt 4A_562/2019 du 10 juillet 2020 consid. 5) ; (2) en l'absence de pouvoirs internes conférés au représentant par le représenté, lorsque le tiers pouvait déduire l'existence de tels pouvoirs du comportement du représenté dans leurs rapports externes (procuration apparente ; art. 33 al. 3 CO ; arrêt 4A_562/2019 précité consid. 6) ; et (3) en l'absence de pouvoirs internes conférés au représentant par le représenté, lorsque celui-ci a ratifié le contrat (art. 38 al. 1 CO) (ATF 146 III 37 consid. 7.1 p. 45 ; ATF 131 III 511 consid. 3.1, p. 517 ; ATF 120 II 197 consid. 2, p. 198 in initio ; arrêt 4A_562/2019 précité consid.4).

En vertu de l'art. 38 CO, lorsqu'une personne contracte sans pouvoirs au nom d'un tiers, celui-ci ne devient créancier ou débiteur que s'il ratifie le contrat (al. 1). L'autre partie a le droit d'exiger que le représenté déclare, dans un délai convenable, s'il ratifie ou non le contrat ; elle cesse d'être liée, faute de ratification dans ce délai (al. 2).

Selon la doctrine, il ne faut pas entendre « contracter » au sens étroit de conclure un contrat, mais dans le sens plus large d'accomplir des actes juridiques, ce qui inclut notamment les actes juridiques unilatéraux faits au nom d'autrui. En dehors de l'hypothèse de la fixation d'un délai par le tiers (art. 38 al. 2 CO), le droit de ratifier n'est soumis à aucun délai, sous réserve d'une limitation dans le temps résultant de la nature de l'affaire ou de la déchéance du droit en raison de l'inaction du représenté (Christine CHAPPUIS, Commentaire romand, Code des obligations I, 2ème éd. 2012, n. 3 ad art. 38 CO). Cet acte juridique unilatéral formateur n'est en principe soumis à aucune forme et peut donc être exprès ou résulter d'actes concluants (ATF 128 III 129 consid. 2b-c).

6.2 En l'occurrence, il n'est pas contesté que le courrier de résiliation du 12 août 2019 a été rédigé sur papier en-tête de la société « Helsana Assurances SA » et signé par des employés du « Support Service Clientèle » de ladite société. Or, ainsi que l'a relevé la défenderesse, la volonté de représenter l'intéressée ressort sans ambiguïté de ce courrier de résiliation puisqu'il mentionne expressément qu'il porte sur l'assurance complémentaire COMPLETA. Il convient donc d'admettre que la défenderesse, dans son écriture du 8 mars 2021, a valablement ratifié la résiliation en répondant à la demande devant la chambre de céans.

7. Reste à voir si le demandeur a commis une réticence justifiant la résiliation du contrat d'assurance.

7.1

7.1.1 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 (ATF 136 III 334 consid. 2.3, p. 337 ; ATF 134 III 511 consid. 3.3.3, p. 514).

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).

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).

7.1.2 Dans un arrêt du 13 janvier 2015, le Tribunal fédéral a été saisi de la question de savoir si le diagnostic d'hypertrophie prostatique était un fait important au sens des dispositions précitées. Se fondant sur l'appréciation médicale de l'urologue traitant du recourant, il a retenu qu'il ne s'agissait effectivement pas d'une atteinte maligne qui mettrait en jeu le pronostic vital. L'hypertrophie prostatique pouvait néanmoins entraver l'écoulement de la vessie et exiger un traitement médical, voir une intervention chirurgicale. Nonobstant son caractère en soi bénin, elle était susceptible d'entraîner des coûts médicaux et pouvait, partant, influer sur la décision de l'assureur de conclure une assurance à des conditions données. Le Tribunal fédéral a rappelé qu'il n'existait pas de droit à conclure une assurance complémentaire indépendamment de l'état de santé. Lorsque l'assureur concluait une assurance avec un homme, il acceptait le risque de devoir fournir des prestations pour le cas où cet homme devrait ultérieurement développer une hypertrophie prostatique nécessitant un traitement. C'était un risque très général qui existait pour de nombreuses autres maladies et qui pouvait être pris en compte par l'assureur lorsqu'il calculait ses primes. Le risque que l'assureur prenait était bien plus important lorsqu'il assurait un homme qui, comme le recourant, avait déjà dû être traité pour cette affection et s'était vu prescrire un médicament, ne serait-ce à titre préventif. Peu importait par ailleurs l'absence de signes dont on aurait pu inférer la nécessité d'une intervention chirurgicale peu après la conclusion du contrat. Les réponses servaient à évaluer les risques, cas échéant à en exclure certains, et pas uniquement à éviter des dépenses futures plus ou moins certaines (arrêt du Tribunal fédéral 4A_577/2014 du 13 janvier 2015 consid. 1).

7.2 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).

7.3 En l'espèce, il ressort du dossier les faits pertinents suivants. En 2005, le demandeur a commencé un suivi urologique à la suite d'un épisode d'hématospermie qui s'est très vite résolu. Depuis environ 2016, il est suivi par le Dr F_____, urologue, en raison d'une consultation par année. Lors d'une consultation annuelle, le Dr F_____ a posé le diagnostic d'hypertrophie bénigne de la prostate. Ce diagnostic a été posé avant août 2017, étant précisé qu'un début d'hypertrophie asymptomatique avait déjà été constaté en 2015 (cf. audition de la Dresse C_____ du 3 septembre 2021). Le demandeur ne présentait toutefois aucune gêne, ni symptôme en lien avec ce diagnostic et son urologue traitant ne lui a jamais prescrit de traitement en lien avec ce diagnostic.

En juillet 2017, le demandeur a présenté une hématospermie de la prostate, se manifestant par la présence de sang dans le sperme. Il a alors consulté le Dr F_____. Ce dernier lui a indiqué que pour écarter tout risque de cancer de la prostate, il était nécessaire de procéder à une IRM. Le médecin a donc adressé son patient à la Dresse D_____ pour la réalisation d'une IRM, qui, selon un rapport rendu le 16 août 2017, a révélé un résultat négatif. À la suite de ce résultat, le Dr F_____ a informé son patient que dans la mesure où le diagnostic de cancer était écarté, le sang dans le sperme était un cas tout à fait banal, dû à la rupture d'un vaisseau sanguin.

Le 20 octobre 2017, le demandeur a consulté le Dr E_____, gastroentérologue, en vue de procéder à une coloscopie. À cette occasion, le médecin lui a indiqué

qu'il souhaitait faire un bilan général et lui a prescrit une analyse de sang. Lors d'une consultation du 31 octobre 2017, le Dr E_____ a indiqué au demandeur qu'il avait constaté une inflammation superficielle de l'anus et qu'il souhaitait procéder à un traitement pour réduire l'inflammation avant d'effectuer la coloscopie. La coloscopie avait finalement été réalisée par le Dr G_____ deux mois après, étant précisé que, selon la médecin traitante du demandeur, la coloscopie était nécessaire car cinq ans s'étaient écoulés et il était important de déterminer s'il y avait un polype (cf. audition de la Dresse C_____ du 3 septembre 2021).

Le 1er novembre 2017, l'assuré a rempli le questionnaire de santé de la défenderesse, en répondant « non » aux questions 2a, 2b et 3.

7.4

7.4.1 Il ressort des éléments qui précèdent que le demandeur n'a pas répondu correctement au questionnaire de santé. Il n'est pas contesté que le diagnostic d'hypertrophie bénigne de la prostate a été posé avant que le demandeur ne remplisse le questionnaire de santé et que ce dernier en avait connaissance. Il n'est pas non plus contesté que le demandeur était suivi par un urologue, notamment pour un contrôle régulier de l'hypertrophie bénigne de la prostate. Dans ces conditions, le demandeur ne pouvait pas répondre négativement à la question « êtes-vous actuellement traité(e) ou suivi(e) par un médecin, dentiste, naturopathe, thérapeute, etc. ou cela est-il prévu ? ». Il est vrai que le questionnaire est imprécis en tant qu'il pose la question de savoir si l'assuré est ou non « guéri sans suite », ce qui pourrait paraître incompatible avec le caractère « bénin » de l'hypertrophie. Il n'en reste pas moins que la question principale ne laisse place à aucun doute et le demandeur ne pouvait pas de bonne foi répondre « non ». Le demandeur aurait également dû préciser tant le diagnostic que le nom du médecin traitant dans les lignes prévues à cet effet, quitte à laisser sans réponse les questions relatives à la date du dernier traitement et à la guérison de l'affection.

S'ajoute à cela que la veille de la signature du questionnaire de santé, le demandeur avait été reçu en consultation par le Dr E_____, gastroentérologue, lequel lui avait annoncé qu'il souhaitait procéder à un traitement pour réduire une inflammation dans l'anus. Le médecin avait par ailleurs sollicité des analyses sanguines une semaine auparavant. Malgré cela, le demandeur a nié être suivi par un médecin (question 2a) et a répondu négativement à la question de savoir si des examens médicaux avaient été recommandés (question 2b). On relèvera également que la consultation chez le Dr E_____ visait la réalisation d'une coloscopie, qui a finalement été effectuée deux mois après par le Dr G_____, étant précisé qu'un tel examen était nécessaire selon la médecin traitante du demandeur. Or, malgré cela, le demandeur n'a pas non plus mentionné cet examen à la question 2b.

Enfin, dans la mesure où le demandeur avait subi une IRM en août 2017, soit moins de deux mois avant de remplir le questionnaire de santé, le 1er novembre 2017, il ne pouvait pas répondre à la négative à la question « au cours des cinq dernières années, avez-vous suivi un traitement/contrôle/examen ambulatoire ou stationnaire dispensé par un médecin/dentiste/naturopathe/ thérapeute? ». L'IRM avait été dispensée par suite de symptômes survenus en juillet 2017 (sang dans le sperme). Par le fait même que ces symptômes déterminaient le demandeur à consulter un spécialiste, ils constituaient indéniablement un « examen dispensé par un médecin » visé par la question. À cet égard, le demandeur ne saurait être suivi lorsqu'il allègue que cette question visait uniquement les maladies ou affections et que, dans son cas, l'IRM n'en avait révélé aucune. Force est en effet de constater que la liste des maladies et affections ne figure qu'à titre exemplatif. À cela s'ajoute que, dans la question suivante, l'assuré est tenu de préciser le « genre de maladie/affection (diagnostic), de douleurs *ou* résultat/motif du traitement/contrôle/examen ». Le demandeur devait ainsi se rendre compte, à l'instar de toute personne normalement capable de discernement, que le résultat de l'IRM, réalisée moins de deux mois auparavant, aurait dû être mentionné. Le fait que le questionnaire de santé pose la question de savoir si l'assuré est ou non « guéri sans suite » ne modifie pas cette appréciation. Rien n'empêchait le demandeur de laisser cette section vide, compte tenu du résultat de l'IRM. Il ne pouvait, en tous les cas, pas en déduire que l'IRM n'avait pas à être mentionnée.

Il convient donc d'en conclure que les réponses données par le demandeur ne correspondaient pas à la réalité.

7.4.2 Le demandeur objecte que ces éléments n'étaient pas importants. Concernant l'hypertrophie bénigne de la prostate, il s'agissait d'une évolution physiologique tellement courante chez les hommes de son âge qu'il était invraisemblable qu'elle puisse à elle seule mener à un refus d'assurance. De plus, dans la mesure où le caractère bénin et asymptomatique était d'ores et déjà établi et le risque de cancer écarté, il ne s'agissait manifestement pas d'un fait important qui aurait influencé l'appréciation du risque. Au contraire, les résultats des examens avaient permis d'écarter un risque de maladie prévalant chez les hommes de son âge. Cet élément n'aurait donc pu que conforter l'assureur dans son choix d'assurer le demandeur.

Ce raisonnement ne saurait être suivi. Ainsi qu'il ressort de l'avis médical de la Dresse H_____, si l'hypertrophie bénigne de la prostate n'est pas associée à un risque accru de cancer, elle s'accompagne volontiers de symptômes mictionnels et érectiles présents chez plus de 50 % des hommes de 40 à 70 ans. L'impact de ces symptômes sur la qualité de vie est largement décrit avec un sommeil perturbé, un stress important (impuissance, incontinence) et une perte d'estime de soi (cf. avis médical de la Dresse H_____ du 23 février 2021). La chambre de céans relève à cet égard que, contrairement à ce que soutient le demandeur, le fait que la médecin précitée ne serait pas titulaire d'une spécialisation en urologie ou gastro-

entérologie, ne justifie pas d'écarter son avis. On ne voit en effet pas en quoi un médecin, quelle que soit sa spécialisation, ne serait pas en mesure de donner un avis circonstancié sur les risques médicaux associés à un diagnostic. La médecin-conseil du demandeur a du reste confirmé l'appréciation de la Dresse H_____ en audience, précisant que les risques décrits par la précitée pouvaient se concrétiser en cas d'hypertrophie bénigne de la prostate, mais que ce n'était pas le cas du demandeur. Or, le fait même que l'hypertrophie bénigne de la prostate est susceptible d'entraîner des coûts médicaux, même si le risque ne s'est pas encore concrétisé, peut influer sur la décision de l'assureur de conclure une assurance à des conditions données. Le fait que l'hypertrophie prostatique est répandue chez les personnes âgées n'y change rien. Le risque que l'assureur prend est bien plus important lorsqu'il assure un homme qui, comme le demandeur, a déjà développé cette affection. Ainsi que l'a souligné le Tribunal fédéral dans un cas similaire, le recourant ne peut pas se prévaloir du risque général de développer une hypertrophie prostatique pour dénier toute pertinence à l'hypertrophie prostatique qu'il a déjà développée, et cela quand bien même il n'a jamais été traité pour cette affection. 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 (arrêt 4A_577/2014 précité, consid. 1). Ainsi, en ne mentionnant pas, dans le questionnaire de santé, le suivi urologique lié au diagnostic d'hypertrophie bénigne de la prostate (question 2a), le demandeur a commis une réticence, de sorte que la défenderesse était en droit de résilier le contrat d'assurance complémentaire avec effet au 31 août 2019. Cela scelle le sort du litige, sans qu'il y ait lieu de déterminer si les autres causes de réticence soulevées par la défenderesse (soit l'hématospermie intermittente et l'intolérance au lactose) étaient des éléments importants au sens de la jurisprudence précitée.

7.5 Pour le reste, il n'est pas contesté que la défenderesse a résilié le contrat par pli du 12 août 2019, soit dans le délai de quatre semaines à compter de la découverte des motifs de réticence (cf. le courrier de la Dresse C_____ du 30 juillet 2019).

Il convient enfin de relever que la défenderesse a pris en charge les coûts de traitement de psychothérapie du 6 février 2019 au 22 mars 2019, de sorte que la question du lien de causalité entre ces frais et le fait qui a été l'objet de la réticence ne se pose pas (art. 6 al. 3 LCA).

8. La présente demande doit donc être rejetée.

Pour le surplus, il n'est pas alloué de dépens à la défenderesse, 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]) ni perçu de frais judiciaires (art. 114 let. e CPC et 22 al. 3 let. b LaCC).

* * * * * *

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 NIERMARÉCHAL	Eleanor McGREGOR

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