

Tribunale federale
Tribunal federal

{T 0/2}
4A_45/2008

Arrêt du 23 avril 2008
Ire Cour de droit civil

Composition
Mmes et M. les Juges Klett, Juge président, Rottenberg Liatowitsch et Kolly.
Greffier: M. Ramelet.

Parties
X._____, Société d'assurances,
recourante, représentée par Me Philippe A. Grumbach,

contre

Y._____,
intimée, représentée par Me Michel Bergmann.

Objet
contrat d'assurance, réticence,

recours contre l'arrêt rendu le 5 décembre 2007 par la Chambre 8 du Tribunal cantonal des assurances sociales du canton de Genève.

Faits:

A.
A.a Y._____, ressortissante portugaise née en 1958, a exercé la profession de nettoyeuse et de femme de ménage depuis son arrivée en Suisse en 1981. En 1985, elle a donné naissance à une fille. Il résulte d'un rapport de la Policlinique de Gynécologie de l'Hôpital Cantonal de Genève, établi au moment de l'accouchement, qu'elle a indiqué avoir souffert, entre l'âge de 5 et 12 ans, de pertes de connaissance précédées d'un sentiment général de pâleur et de transpiration et avoir effectué en 1983 des électro-encéphalogrammes, lesquels se sont tous révélés normaux.

Le 11 décembre 1989, Y._____ a conclu avec X._____, Société d'assurances (ci-après: X._____ ou la compagnie) un contrat d'assurance couvrant les risques de perte de gain et d'invalidité en cas de maladie. Dans ce cadre, A._____, représentant de la compagnie, lui a soumis un questionnaire de santé. Il a été retenu que Y._____ avait alors des difficultés à lire et parler le français, si bien que c'est A._____ qui lui avait traduit les questions du formulaire d'assurance.

Y._____ a répondu négativement aux deux questions portant les numéros suivants (art. 105 al. 2 LTF):

« - 22 « Avez-vous subi au cours des cinq dernières années un des traitements ou examens suivants: radioscopie, radiographie, examen du sang, électrocardiogramme, traitement aux rayons ?;
- 24.2 « Etes-vous ou avez-vous été atteint(e) des affections ou maladies suivantes: maladies du système nerveux, telles que p. ex. maux de tête, épilepsie, paralysie, maladie mentale, dépressions nerveuses, neurasthénie, vertiges ? ».

La police prévoyait une indemnité journalière de 65 fr. en cas d'incapacité de travail passagère, cela pendant 1095 jours moyennant un délai d'attente de 14 jours, une rente d'invalidité de 40 fr. par jour en cas d'incapacité de gain durable, ainsi qu'une indemnité journalière de 40 fr. en cas d'hospitalisation.

A.b Depuis février 1993, Y._____ souffre de fibromyalgie primaire. Le 16 décembre 1994, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI). Par décision du 20 mai 1996, l'Office cantonal genevois de l'assurance-invalidité (OCAI) lui a alloué à partir du 1er avril 1995 une demi-rente d'invalidité correspondant à une incapacité de gain de 50 %. Statuant définitivement sur la

demande de révision du droit aux prestations de l'AI présentée par Y._____, le Tribunal fédéral des assurances, par arrêt du 13 avril 2005 (cause I 593/03), a confirmé que l'assurée présentait un taux d'invalidité de 100 % dans l'exercice d'une activité lucrative et de 32 % dans l'accomplissement de ses travaux habituels, de sorte qu'il y avait lieu de nier l'existence d'un changement important des circonstances qui prévalaient lors de la décision initiale d'octroi de rente.

A.c A compter du 20 septembre 1996, X._____ a versé à Y._____ une pleine rente pour cas d'invalidité de 40 fr. par jour. La compagnie a cessé de lui verser toute indemnité dès le 1er janvier 2000, puis, après un échange de correspondance, lui a servi, du 8 avril 2003 au 30 mars 2005, une demi-rente en cas d'invalidité de 20 fr. par jour.

B.

B.a Par demande du 25 avril 2005, Y._____ a déposé une demande contre X._____ auprès du Tribunal cantonal genevois des assurances sociales, laquelle tendait, d'une part, au paiement d'une rente entière d'invalidité depuis le 20 septembre 1996 en application de la police conclue avec la compagnie, ce qui représentait un capital de 69'800 fr., et, d'autre part, à ce qu'il soit dit que l'assurée avait droit à une rente de 40 fr. pour l'avenir, sans limitation de durée.

Après avoir pris connaissance du chargé de pièces de la demanderesse, X._____, invoquant des réticences, s'est départie, par courriers des 23 et 24 mai 2005, du contrat passé le 11 décembre 1989 avec effet ex tunc. Elle a reproché à Y._____ d'avoir dissimulé une dépression qui serait survenue en 1985 après la naissance de sa fille et de ne pas avoir répondu correctement au questionnaire médical concernant l'épilepsie dont elle souffre.

Dans sa réponse du 6 juin 2005, X._____ a conclu reconventionnellement au remboursement par la demanderesse d'un montant de 134'385 fr. avec intérêts à 5 % dès la date de la réponse représentant les rentes prétendument versées à tort. Elle a requis, à titre subsidiaire, qu'il soit constaté que dame Y._____ n'est invalide qu'à 50 %.

B.b Au cours des enquêtes, de nombreux médecins ont été entendus.

Selon le docteur B._____, psychiatre que Y._____ a consulté environ une fois par mois depuis avril 2000, cette dernière est atteinte d'un trouble dépressif récurrent, d'intensité moyenne. Elle n'avait jamais consulté de psychiatre avant lui. Il a déclaré qu'il ne pouvait pas dire de quand datait la survenance du premier état dépressif, mais qu'il ne serait pas surpris si la précitée avait fait une dépression dans la première et la deuxième année suivant la naissance de sa fille.

D'après le docteur C._____, qui connaît Y._____ depuis 1993, cette dernière ne présentait pas d'état dépressif l'année en question. Lorsqu'on lui avait soumis le formulaire de la demande de prestations AI de l'intéressée, il n'y avait pas mentionné d'état dépressif, car il n'avait rien constaté à ce titre. Ce praticien a exposé qu'un diagnostic de fibromyalgie primaire engendre un état anxieux dans la mesure où il n'y a pas d'explications médicales aux douleurs ressenties. Il a encore indiqué avoir noté en 1994 un problème d'épilepsie dans la famille de Y._____, plus particulièrement concernant son frère. A la suite de petits malaises apparus entre 1994 et 1997, il avait conseillé à sa patiente d'aller voir un neurologue, lequel, après examens par électro-encéphalogrammes, avait exclu une atteinte neurologique, notamment une épilepsie.

Le docteur D._____, neurologue, a vu pour la première fois Y._____ en 1993. Il a déclaré que celle-ci lui avait rapporté qu'elle avait eu des pertes de connaissance entre l'âge de 5 et 12 ans au Portugal et que ses parents avaient suspecté une épilepsie puisqu'un membre de la famille en souffrait. Il n'y avait jamais eu d'investigations au Portugal. L'électro-encéphalogramme qu'il a pratiqué en 1993 s'est révélé entièrement normal. Il avait procédé à un second examen en 1996, qui avait abouti au même résultat. Le docteur D._____ a relevé qu'il est vraisemblable que sa patiente souffre de syncopes vaso-vagales et que les phénomènes cliniques rapportés par sa patiente ne sont pas du tout évocateurs d'une épilepsie, que se soit en 1993 ou dans son enfance.

Le docteur E._____, médecin conseil de X._____, a déclaré qu'il n'occupait pas cette fonction à l'époque de la conclusion du contrat litigieux, mais qu'il avait étudié le dossier que la compagnie lui avait remis. Il a indiqué que X._____ avait reçu des rapports médicaux en 1993 et 1994, lesquels faisaient état de problème d'hypertension et d'état dépressif apparus en 1985 déjà.

Le docteur F._____, médecin traitant de la recourante depuis 1996, a affirmé qu'à sa connaissance sa patiente n'avait pas suivi de traitement psychiatrique avant de venir le consulter. Il a déclaré qu'il avait été découvert une hypertension lors de sa grossesse et qu'une poussée hypertensive peut entraîner des malaises avec perte de connaissance plus ou moins brève. Selon ce

médecin, Y._____ a été mise au courant par le corps médical de son problème d'hypertension survenu lors de la grossesse.

B.c A la suite de la déposition du docteur F._____, X._____, par courrier du 2 novembre 2006, a invoqué un troisième cas de réticence, consistant en une hypertension apparue au cours de la grossesse.

B.d Par arrêt du 5 décembre 2007, le Tribunal cantonal des assurances sociales a prononcé que les parties étaient toujours liées par le contrat d'assurance perte de gain du 11 décembre 1989, que X._____ devait verser à Y._____ la somme de 69'800 fr. plus intérêts à 5 % dès le 1er janvier 2001 ainsi que la somme de 40 fr. par jour depuis le 26 avril 2005, cela pour une durée indéterminée.

Les motifs de cette décision seront exposés ci-après dans la mesure utile.

C.

X._____ exerce un recours en matière civile contre l'arrêt précité. Elle requiert principalement qu'il soit dit que le contrat d'assurance perte de gain litigieux a été résolu avec effet ex tunc les 24 et 25 mai 2005 et que Y._____ doit rembourser à la défenderesse le montant de 134'385 fr. avec intérêts à 5 % l'an dès le 6 juin 2005. Subsidiairement, la compagnie sollicite qu'il soit dit et constaté que la demanderesse est invalide à 50 %, celle-ci devant être déboutée de toutes autres ou contraires conclusions. Plus subsidiairement, la défenderesse conclut au renvoi de la cause à l'autorité cantonale pour qu'elle statue dans le sens des considérants de la juridiction fédérale.

L'intimée propose le rejet du recours. Elle demande encore qu'il soit infligé à la recourante une amende de procédure en tant que plaideur téméraire.

Par ordonnance du 25 février 2008, le Président de la Ire Cour de droit civil du Tribunal fédéral a accordé l'effet suspensif au recours.

Considérant en droit:

1.

1.1 Interjeté par la partie défenderesse qui a entièrement succombé dans ses conclusions libératoires et qui a ainsi la qualité pour recourir (art. 76 al. 1 LTF), dirigé contre un arrêt final (art. 90 LTF) rendu en matière civile (art. 72 al. 1 LTF) par une autorité cantonale de dernière instance (art. 75 LTF) dans une affaire pécuniaire dont la valeur litigieuse atteint le seuil de 30'000 fr. de l'art. 74 al. 1 let. b LTF, le recours est par principe recevable, puisqu'il a été déposé dans le délai (art. 100 al. 1 LTF) et la forme (art. 42 LTF) prévus par la loi.

Le recours en matière civile peut être interjeté pour violation du droit, tel qu'il est délimité par les art. 95 et 96 LTF. En vertu de l'exception ancrée à l'art. 106 al. 2 LTF, le Tribunal fédéral n'entre pas en matière sur la violation d'un droit de rang constitutionnel ou sur une question afférente au droit cantonal ou intercantonal si le grief n'a pas été invoqué et motivé de manière détaillée par la partie recourante. Pour le reste, il applique le droit d'office (art. 106 al. 1 LTF), cela sans être limité par les moyens du recours ni par le raisonnement de la cour cantonale, ce qui implique qu'il peut admettre un recours pour d'autres motifs que ceux qui ont été articulés ou, à l'inverse, rejeter un recours en substituant une nouvelle argumentation à celle de l'autorité précédente (ATF 134 III 102 consid. 1.1 et l'arrêt cité). Toutefois, compte tenu de l'exigence de motivation contenue à l'art. 42 al. 1 et 2 LTF, sanctionnée par l'irrecevabilité des recours dont la motivation est manifestement insuffisante (art. 108 al. 1 let. b LTF), le Tribunal fédéral n'examine en principe que les griefs invoqués; il n'est donc pas tenu de traiter, comme le ferait une autorité de première instance, toutes les questions juridiques qui se

posent, lorsque celles-ci ne sont plus discutées devant lui (ATF 134 III 102 consid. 1.1 p. 105).

1.2 Le Tribunal fédéral conduit son raisonnement juridique sur la base des faits établis par l'autorité précédente (art. 105 al. 1 LTF). L'auteur du recours ne peut critiquer les faits que s'ils ont été établis de façon manifestement inexacte ou en violation du droit au sens de l'art. 95 LTF (art. 97 al. 1 LTF; cf aussi art. 105 al. 2 LTF); il faut encore que la correction du vice soit susceptible d'influer sur le sort de la querelle (art. 97 al. 1 LTF). La notion de "manifestement inexacte" évoquée ci-dessus correspond à celle d'arbitraire au sens de l'art. 9 Cst. (Message du Conseil fédéral concernant la révision totale de l'organisation judiciaire fédérale, FF 2001 p. 4135 ch. 4.1.4.2; ATF 133 II 384 consid. 4.2.2). La partie recourante qui entend s'écarter des constatations de l'autorité précédente doit expliquer de manière circonstanciée en quoi les conditions d'une exception à l'art. 105 al. 1 LTF seraient réalisées, faute de quoi il n'est pas possible de tenir compte d'un état de fait qui diverge de

celui contenu dans la décision attaquée (cf. ATF 133 III 462 consid. 2.4; 133 II 249 consid. 1.4.3). Aucun fait nouveau ni preuve nouvelle ne peut être présenté à moins de résulter de la décision de l'autorité précédente (art. 99 al. 1 LTF).

Le Tribunal fédéral ne peut aller au-delà des conclusions des parties (art. 107 al. 1 LTF). Toute conclusion nouvelle est irrecevable (art. 99 al. 2 LTF).

2.

La cour cantonale a retenu que les parties avaient conclu un contrat d'assurance-maladie complémentaire soumis aux dispositions de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA; RS 221.229.1). Elle a examiné si la demanderesse avait commis des réticences pour ne pas avoir signalé, avant la signature de la proposition d'assurance, qu'elle avait précédemment souffert d'épilepsie, de dépression nerveuse et d'hypertension.

S'agissant des problèmes qu'auraient occasionné à la demanderesse une tension artérielle trop élevée ainsi que des troubles dépressifs, l'autorité cantonale a considéré que la défenderesse avait en mains dès 1993 et 1994 les informations pour invoquer des réticences à leurs propos, de sorte que le droit de résilier étaient éteint depuis longtemps lorsqu'il a été exercé par la compagnie en mai 2005.

Au sujet de l'épilepsie, les juges genevois ont admis qu'il ne pouvait pas être reproché à la demanderesse de n'avoir pas déclaré qu'elle était épileptique, puisque depuis l'âge de 12 ans en tout cas elle n'avait pas eu de crise et qu'elle avait effectué plusieurs électro-encéphalogrammes qui lui avaient permis de comprendre qu'elle ne souffrait pas de cette affection. Dans une motivation subsidiaire, lesdits magistrats ont exposé que dès l'instant où la question n° 22 de la proposition d'assurance portait sur des traitements et examens subis les cinq dernières années, la demanderesse pouvait penser de bonne foi que la question n° 24.2, laquelle avait trait aux maladies du système nerveux, concernait les affections de cette nature survenues dans le même intervalle de temps.

La cour cantonale a encore jugé que la demanderesse, qui était devenue totalement incapable d'exercer sa profession, présentait une incapacité de gain durable d'au moins deux tiers, si bien qu'elle avait droit à une rente complète d'invalidité de 40 fr. par jour.

Enfin, aucune possibilité de réadaptation professionnelle n'était envisageable en ce qui concernait Y._____.

3.

La recourante reproche tout d'abord à l'autorité cantonale d'avoir constaté arbitrairement les faits à plusieurs égards.

En matière d'appréciation des preuves et d'établissement des faits, l'autorité verse dans l'arbitraire lorsqu'elle ne prend pas en compte, sans raison sérieuse, un élément de preuve propre à modifier la décision, lorsqu'elle se trompe manifestement sur son sens et sa portée, ou encore lorsqu'elle tire des conclusions insoutenables à partir des éléments recueillis (ATF 129 I 8 consid. 2.1; 118 Ia 28 consid. 1b et les arrêts cités).

3.1 L'autorité cantonale aurait omis de prendre en compte qu'un questionnaire médical a été soumis à la demanderesse lors de la conclusion du contrat d'assurance.

Au considérant 4 de la partie « En droit » de l'arrêt critiqué, à la page 16, la cour cantonale a fait état de l'existence de ce questionnaire, et singulièrement de ses questions n° 22 et 24.2. La critique n'a aucune consistance.

3.2 Les magistrats genevois n'auraient pas pris en considération les nombreux rapports médicaux mentionnant la présence chez l'intimée de crises d'épilepsie ainsi que les propres déclarations de l'intéressée à ce sujet.

A lire l'arrêt critiqué, on y découvre, aux pages 6 à 13, un exposé minutieux des déclarations émises par les nombreux praticiens qui ont établi des rapports après avoir examiné la demanderesse. Les dires des médecins sur les troubles du système nerveux qui ont atteint cette dernière à certaines époques de sa vie y sont scrupuleusement relatés. Le moyen, dont le caractère appellatoire est

prédominant, est dénué de tout fondement.

3.3 La recourante semble s'en prendre à la retranscription dans l'arrêt déféré de la déposition du Dr E._____, médecin conseil de la compagnie, lequel aurait émis des suppositions qui n'ont pas été constatées.

Ce faisant, la recourante se borne à contredire l'état de fait de la décision cantonale par des allégations de son cru. Cette façon d'agir est impropre à établir l'arbitraire.

3.4 La recourante décrit la manière dont la cour cantonale aurait dû comprendre le rapport de la Policlinique de Gynécologie de l'Hôpital cantonal genevois, lequel a été dressé au moment de l'accouchement de l'intimée.

On cherche vainement dans la critique une démonstration d'arbitraire.

3.5 La recourante revient à la charge en invoquant, à propos de l'existence de manifestations épileptiques chez l'intimée, l'appréciation arbitraire d'un ensemble de preuves éparses, soit des déclarations de deux médecins, du rapport précité de la Policlinique ainsi que des dires de la demanderesse.

La recourante ne procède que par des assertions, sans même esquisser un raisonnement tendant à établir que les juges genevois ont posé des constatations indéfendables. Il n'est nul besoin de discuter plus avant un grief pareillement formulé.

4.

A suivre la recourante, le tribunal des assurances aurait violé les art. 4 et 6 LCA en ne retenant pas une réticence commise par la demanderesse. Elle fait valoir que, contrairement à l'opinion de cette instance, l'intimée ne pouvait pas de bonne foi considérer qu'elle n'avait pas à indiquer avoir souffert d'épilepsie durant son enfance. Elle allègue que, lors de la signature de la proposition de 1989, elle a posé à la demanderesse une question claire et non équivoque quant à l'existence passée ou présente d'épilepsie, laquelle, comme la quasi-totalité des autres questions, ne contenait aucune limitation temporelle. Elle se prévaut encore du fait que le représentant de la compagnie A._____ n'était qu'un agent négociateur, de sorte que la demanderesse ne pouvait pas se fonder sur les assurances données par ce dernier, à supposer qu'elles aient été erronées. La recourante en déduit que tous les éléments du dossier démontrent que l'intimée a commis une réticence « en ne déclarant pas ce qu'elle pensait être des crises d'épilepsie durant son enfance ».

4.1

4.1.1 C'est à bon droit que l'autorité cantonale a fait application des normes de la LCA dans la présente cause, du moment que les litiges relatifs à l'assurance complémentaire à l'assurance-maladie obligatoire sont régis par cette loi fédérale (art. 12 al. 2 et 3 de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994, LAMal; RS 832.10).

4.1.2 Aux termes de l'art. 4 LCA, le proposant doit déclarer par écrit à l'assureur, suivant un questionnaire ou en réponse à toutes autres questions écrites, tous les faits qui sont importants pour l'appréciation du risque, tels qu'ils lui sont ou doivent lui être connus lors de la conclusion du contrat (al. 1); sont importants les faits de nature à influencer sur la détermination de l'assureur de conclure le contrat ou de le conclure aux conditions convenues (al. 2); sont réputés importants les faits au sujet desquels l'assureur a posé par écrit des questions précises, non équivoques (al. 3).

Les faits visés à l'art. 4 LCA sont tous les éléments qui doivent être pris en considération lors de l'appréciation du risque et qui peuvent éclairer l'assureur sur l'étendue du risque à couvrir, soit toutes les circonstances permettant de conclure à l'existence de facteurs de risque (ATF 118 II 333 consid. 2a p. 336). Il s'agit donc de l'ensemble des faits qui sont de nature à influencer, dans le cas particulier, la survenance, l'intensité et l'importance du risque, c'est-à-dire non seulement les faits qui font naître le risque, mais aussi tous ceux qui permettent de conclure rétrospectivement à l'existence d'un risque (Urs Ch. Nef, Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, n. 12 ad art. 4 LCA). Selon la jurisprudence, il est décisif de déterminer si et dans quelle mesure le proposant pouvait donner de bonne foi une réponse inexacte à l'assureur, au regard des circonstances concrètes et selon la connaissance personnelle qu'il avait de la situation et, le cas échéant, compte tenu encore des renseignements que lui avaient fournis des personnes qualifiées. Le proposant doit se demander sérieusement s'il existe un fait qui tombe sous le coup des questions de l'assureur; il remplit son obligation s'il déclare, outre les faits qui lui sont connus sans autre réflexion, ceux qui ne peuvent pas lui échapper s'il

réfléchit soigneusement aux questions posées (ATF 118 II 333 consid. 2b p. 337; Urs Ch. Nef, op. cit., n. 26 ad art. 4 LCA). Celui qui tait des indispositions sporadiques qu'il pouvait raisonnablement de bonne foi considérer sans importance pour l'évaluation du risque, sans devoir les tenir pour une cause de rechute ou de symptômes d'une maladie imminente aiguë, ne viole pas son devoir de renseigner (ATF 116 II 338 consid. 1b p. 340 et les références). Le Tribunal fédéral, saisi d'un recours en matière civile, revoit librement si l'assuré pouvait de bonne foi ne pas indiquer ou indiquer inexactement un fait.

D'après l'art. 6 LCA, si, lors de la conclusion du contrat d'assurance, celui qui devait faire la déclaration a omis de déclarer ou inexactement déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître (réticence), l'assureur n'est pas lié par le contrat, à condition qu'il s'en soit départi dans les quatre semaines à partir du moment où il a eu connaissance de la réticence. Il s'agit d'un délai de péremption, dont le respect doit être prouvé par l'assureur (ATF 118 II 333 consid. 3 in initio p. 338). Le délai précité ne commence à courir que lorsque l'assureur est complètement orienté sur tous les points concernant la réticence et qu'il en a une connaissance effective, mais pas encore s'il a de simples doutes à son sujet (ATF 118 II 333 consid. 3a p. 340).

4.2 En l'espèce, devant la juridiction fédérale, la recourante ne reproche plus à la cour cantonale d'avoir nié que l'intimée ait perpétré des réticences en ne mentionnant pas, au moment de la passation du contrat d'assurance, qu'elle avait souffert d'hypertension artérielle depuis sa grossesse et d'une dépression qui serait apparue quelques mois après la naissance de sa fille en 1985.

A bon droit. Il a en effet été constaté définitivement (art. 105 al. 1 LTF) que la défenderesse savait depuis 1993 ou 1994, sur la base de rapports médicaux qui lui avaient été envoyés, que l'intimée avait été affectée dès 1985 tant d'hypertension que par des états dépressifs. Savoir ce qu'une personne savait à un moment donné ressortit au fait (ATF 124 III 182 consid. 3 p. 184; 118 II 58 consid. 3a). Partant, à considérer le délai de quatre semaines instauré par l'art. 6 LCA, la recourante était depuis fort longtemps déchue de son droit de se prévaloir de réticences quant à ces deux éléments lorsqu'elle a tenté de se départir du contrat les 23 et 24 mai 2005 pour la dépression et le 2 novembre 2006 pour l'hypertension.

4.3 Il est constant que l'intimée, avant de conclure le contrat litigieux, a répondu par la négative à la question n° 24.2 du questionnaire de santé de la recourante, laquelle avait trait à l'existence, passée ou présente, notamment d'épilepsie.

D'après les constatations de fait de l'arrêt attaqué, il appert que la demanderesse, alors qu'elle était âgée de 5 à 12 ans, autrement dit entre 1963 et 1970, a perdu plusieurs fois connaissance. Ses parents avaient suspecté une épilepsie, car un de leurs enfants en était atteint. Si aucune investigation n'a été menée alors qu'elle vivait au Portugal, elle a effectué, deux ans après son arrivée en Suisse, soit en 1983, des électro-encéphalogrammes, qui se sont révélés parfaitement normaux.

A considérer ces données factuelles, l'intimée pouvait raisonnablement admettre de bonne foi en 1989 que lesdites pertes de connaissance survenues à certaines périodes lointaines de son enfance n'avaient aucune influence sur l'évaluation du risque assuré. D'une part, lorsqu'elle a signé le contrat d'assurance, l'intéressée n'avait plus eu aucune perte de connaissance depuis 19 ans. Elle pouvait donc partir de l'idée que les troubles apparus lorsqu'elle était jeune avaient disparu à sa puberté, d'autant plus qu'un électro-encéphalogramme passé en 1983 avait exclu une quelconque atteinte neurologique. D'autre part, elle ne pouvait pas imaginer que ces pertes de connaissance puissent avoir une influence sur sa capacité de travail, du moment que celles-ci n'avaient jamais entravé son activité de nettoyeuse et de femme de ménage.

De toute manière, le neurologue D. _____ a exposé que les phénomènes cliniques apparus dans l'enfance de la demanderesse ne sont pas du tout évocateurs d'une épilepsie et que celle-ci souffre vraisemblablement de syncopes vaso-vagales et non de troubles neurologiques, comme l'ont montré deux examens par électro-encéphalogramme effectués en 1993 et 1996.

Dans ces conditions, la réponse négative donnée à la question n° 24.2 ne saurait être constitutive d'une réticence. Pour l'avoir reconnu, la cour cantonale n'a pas enfreint l'art. 4 LCA.

5.

5.1 Selon la recourante, le tribunal des assurances a violé le principe du fardeau de la preuve

consacré par l'art. 8 CC en retenant que l'intimée pouvait comprendre la question n° 24.2 relative à l'épilepsie comme portant seulement sur les cinq dernières années avant la signature du formulaire de proposition d'assurance, et non sur une période illimitée.

5.2 Il résulte du considérant 4, p. 16, de l'arrêt déféré que c'est uniquement dans une motivation subsidiaire que les magistrats genevois ont retenu que la demanderesse avait pu de bonne foi interpréter de la sorte la question en cause.

Or, on vient de le voir, la motivation principale quant au respect par l'assurée de l'obligation de déclarer lors de la conclusion du contrat ne viole pas le droit fédéral, et singulièrement l'art. 4 LCA (art. 95 let. a LTF). Le moyen soulevé à l'encontre de la seconde motivation de l'arrêt ne saurait avoir une quelconque influence sur la solution du litige. Il n'y a donc pas lieu de l'examiner.

6.

6.1 La recourante prétend que l'autorité cantonale a violé l'art. 62 CO, faute d'avoir ordonné la restitution par l'intimée des prestations d'assurance indûment perçues.

6.2 Le Tribunal fédéral a jugé que le contrat d'assurance du 11 décembre 1989 n'était pas entaché de réticence (cf. consid. 4 ci-dessus). Les prestations convenues doivent ainsi être versées à la demanderesse depuis la réalisation du risque d'invalidité assuré, soit depuis qu'elle est devenue en 1996 totalement incapable d'exercer sa profession en raison d'une fibromyalgie primaire. Partant, les montants que la défenderesse a versés à la demanderesse à compter du 20 septembre 1996 sur la base du contrat susrappelé n'ont bien évidemment pas à être remboursés.

Le moyen n'a aucun fondement.

7.

La recourante soutient, en quelques lignes, que l'autorité cantonale a violé diverses dispositions de la loi fédérale sur la surveillance des entreprises d'assurance (LSA, RS 961.01), soit l'art. 47 al. 2 dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2005 et l'art. 85 al. 2 dans sa teneur depuis le 1er janvier 2006, normes qui auraient été concrétisées par certains articles de la loi de procédure administrative genevoise.

Ce grief, qui mélange confusément des critiques du droit fédéral et du droit cantonal, ne répond pas à l'obligation de motivation ancrée à l'art. 42 al. 1 et 2 LTF. Il est irrecevable.

8.

8.1 La recourante se plaint que les magistrats genevois ont transgressé l'art. 61 al. 1 LCA en ayant refusé d'admettre que l'intimée pouvait trouver une autre activité lucrative correspondant à son état de santé.

8.2 D'après l'art. 61 al. 1 LCA, lors du sinistre, l'ayant droit est obligé de faire tout ce qui est possible pour restreindre le dommage. S'il n'y a pas péril en la demeure, il doit requérir les instructions de l'assureur sur les mesures à prendre et s'y conformer.

Cette norme, qui instaure le devoir général de réduire le dommage survenu, repose en fin de compte sur le respect des règles de la bonne foi (Andreas Hönger/Marcel Süsskind, Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, n. 1 ad art. 61 LCA). En matière d'assurance-accidents et d'assurance-maladie, l'assuré doit ainsi se soumettre aux traitements médicaux qui peuvent être raisonnablement exigés ainsi qu'aux mesures de réadaptation requises en particulier par l'assurance-invalidité (Hönger/Süsskind, op. cit., n. 14 ad art. 61 LCA).

In casu, le Tribunal fédéral des assurances a confirmé, par arrêt I 593/03 du 13 avril 2005, que la demanderesse était devenue totalement invalide dans l'exercice d'une activité lucrative, compte tenu de l'exécution éventuelle de mesures de réadaptation.

On ne voit donc pas comment l'intimée pouvait réduire le dommage. La critique n'a pas de consistance.

9.

La recourante reproche à la cour cantonale de n'avoir pas motivé son arrêt quant à l'impossibilité pour l'intimée de se reconverter professionnellement.

9.1 Le droit d'être entendu consacré à l'art. 29 al. 2 Cst. implique notamment l'obligation pour le juge de motiver sa décision, afin que le justiciable puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'autorité de recours puisse exercer son contrôle. Il suffit cependant, selon la jurisprudence, que le juge mentionne, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidé et sur lesquels il a fondé sa décision; il n'est toutefois pas tenu d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties. Il n'y a violation du droit d'être entendu que si l'autorité ne satisfait pas à son devoir minimum d'examiner et de traiter les problèmes pertinents (ATF 130 II 530 consid. 4.3 p. 540; 129 I 232 consid. 3.2 p. 236; 129 II 497 consid. 2.2 p. 505).

9.2 La cour cantonale a retenu qu'il n'était pas possible de suivre les possibilités de réadaptation alléguées par la défenderesse.

Cette motivation, certes laconique, est suffisante, dès lors que l'on comprend que la recourante n'a pas fait état d'opportunités de réadaptation réelles sur le marché du travail.

Du reste, les activités auxquelles elle fait allusion dans son recours en matière civile (« tirer la couette », participer aux courses, utiliser le lave-vaisselle, épousseter, sortir une tierce-personne, etc.) se rapportent toutes à des tâches qui sont usuellement accomplies bénévolement.

Le moyen est sans fondement.

10.

En définitive, le recours doit être rejeté en tant qu'il est recevable.

La recourante, qui succombe, paiera les frais judiciaires (art. 66 al. 1 LTF) et versera à l'intimée une indemnité à titre de dépens (art. 68 al. 1 et 2 LTF).

Il ne se justifie pas, comme le requiert l'intimée, de mettre à la charge de la recourante une amende d'ordre, car celle-ci n'a pas agi avec témérité ou de mauvaise foi au sens de l'art. 33 al. 2 LTF.

Par ces motifs, le Tribunal fédéral prononce:

1.

Le recours est rejeté dans la mesure où il est recevable.

2.

Les frais judiciaires, arrêtés à 5'500 fr., sont mis à la charge de la recourante.

3.

La recourante versera à l'intimée une indemnité de 6'500 fr. à titre de dépens.

4.

Le présent arrêt est communiqué aux mandataires des parties et à la Chambre 8 du Tribunal cantonal des assurances sociales du canton de Genève.

Lausanne, le 23 avril 2008

Au nom de la Ire Cour de droit civil

du Tribunal fédéral suisse

La Juge président: Le Greffier:

Klett Ramelet