

VD_FINDINFO HC / 2015 / 289 vom 19. Februar 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-02-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_HC___2015___289

FR: VD_FINDINFO HC / 2015 / 289 du 19 février 2015

IT: VD_FINDINFO HC / 2015 / 289 del 19 febbraio 2015

Regeste

VIOLATION DE L'OBLIGATION D'ANNONCER, DROIT DES ASSURANCES, ASSUREUR, CONTRAT D'ASSURANCE, ASSURANCE PRIVÉE, LIEN DE CAUSALITÉ | 4 LCA, 6 al. 1 LCA

Erwägungen

E. 1

a) Le jugement attaqué a été rendu le 5 septembre 2014, de sorte que les voies de droit sont régies par le CPC (Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008, RS 272) entré en vigueur le 1^{er} janvier 2011 (art. 405 al. 1 CPC ; ATF 137 III 130 ; Tappy, CPC commenté, Bâle 2011, nn.

E. 5

ss ad art. 405 CPC). En revanche, dès lors que la demande a été déposée en 2010, c'est l'ancien droit de procédure qui s'applique jusqu'à la clôture de l'instance (art. 404 al. 1 CPC), notamment le CPC-VD (Code de procédure civile vaudoise du 14 décembre 1966, aujourd'hui abrogé). b) L'appel est recevable contre les décisions finales de première instance (art. 308 al. 1 let. a CPC), dans les causes patrimoniales pour autant que la valeur litigieuse, au dernier état des conclusions devant l'autorité inférieure, soit de 10'000 fr. au moins (art. 308 al. 2 CPC). L'appel, écrit et motivé, est introduit auprès de l'instance d'appel, soit la Cour d'appel civile (art. 84 al. 1 LOJV [loi vaudoise du 12 septembre 1979 d'organisation judiciaire ; RSV 173.01]) dans les trente jours à compter de la notification de la décision ou de la notification postérieure de la motivation (art. 311 al. 1 CPC). L'appel a été interjeté en temps utile, par une partie qui y a un intérêt (art. 59 al. 2 let. a CPC), dans une cause patrimoniale dont la valeur litigieuse est supérieure à 10'000 fr., de sorte qu'il est recevable. 2. a) L'appel peut être formé pour violation du droit ou pour constatation inexacte des faits (art. 310 CPC). L'autorité d'appel peut revoir l'ensemble du droit applicable, y compris les questions d'opportunité ou d'appréciation laissées par la loi à la décision du juge et doit le cas échéant appliquer le droit d'office conformément au principe général de l'art. 57 CPC. Elle peut revoir librement l'appréciation des faits sur la base des preuves administrées en première instance. Selon l'art. 317 al. 1 CPC, les faits et moyens de preuve nouveaux ne sont pris en compte que s'ils sont invoqués ou produits sans retard et ne pouvaient être invoqués ou produits devant la première instance bien que la partie qui s'en prévaut ait fait preuve de la diligence requise, ces deux conditions étant cumulatives. Il appartient à la partie qui s'en prévaut de démontrer que ces conditions sont réalisées, de sorte qu'elle doit indiquer spécialement de tels faits et preuves nouveaux et motiver spécialement les raisons qui les rendent admissibles selon elle (JT 2011 III 43 c. 2 et les références citées). Le législateur a ainsi opté pour une prise en compte restrictive des faits et moyens de preuve nouveaux tout comme des conclusions nouvelles en appel. Il s'agit de ne

pas minimiser l'importance de la procédure en première instance, que les parties auraient tendance à « prendre à la légère » si elles pouvaient compléter en appel, sans restriction, des allégués ou offres de preuves insuffisants. Au contraire, avec le système mis en place par l'art. 317 CPC, la partie qui aurait été négligente devant le premier juge en subira les conséquences puisque l'allégué, l'offre de preuve ou la conclusion nouvelle tardivement présentés seront déclarés irrecevables (Jeandin, CPC commenté, 2011, n. 1 ss ad art. 317 CPC). En l'espèce, l'appelante requiert la production de directives de tarification ou tout autre document interne utilisé par l'intimée en octobre 2005 « pour tarifier les polices d'assurance-vie du type de celle [qu'elle] a conclue auprès [de l'intimée] et qui fait l'objet du présent litige ». Il n'y a pas lieu de donner suite à cette réquisition de preuves, dès lors que ces pièces auraient pu être requises lors de la procédure de première instance et que l'appelante n'a pas démontré avoir fait preuve de la diligence requise au sens de l'art. 317 al. 1 CPC.

3. a) L'appelante soutient qu'il ne suffisait pas aux premiers juges de constater qu'elle avait commis une réticence au sens de l'art. 6 al. 1 LCA. Encore aurait-il fallu qu'ils examinent la question de savoir si, dans l'hypothèse où l'intimée avait connu les faits que l'appelante avait tus dans le questionnaire de santé, elle n'aurait pas néanmoins conclu le même contrat, éventuellement avec un supplément de prime ou avec des réserves. Pour l'appelante, les troubles psychiques ainsi que l'affection au rachis qu'elle n'a pas révélés ne constituaient pas des faits importants, de sorte qu'à supposer connus, ils n'auraient pas empêché l'intimée de conclure le même contrat.

b/aa) 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 tous 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 en question 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 ; il ne s'agit donc pas seulement des facteurs du risque, mais aussi des circonstances qui permettent de conclure à l'existence de facteurs de risque (ATF 134 III 511 c. 3.3.2 ; ATF 116 V 218 c. 5a les références citées). Pour faciliter le processus décisionnel, 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 ne s'agit cependant que d'une présomption que l'ayant droit peut renverser (ATF 136 III 334 c. 2.4 ; ATF 134 III 511 c. 3.3.4). Pour renverser cette présomption, aucune preuve particulière n'est requise et il suffit par exemple que le contraire ressortisse à l'évidence. En outre, pour admettre le renversement de la présomption, on ne saurait se montrer trop exigeant. Certes, il n'appartient pas au proposant de déterminer – à la place de l'assureur – quels éléments sont pertinents pour apprécier le risque et une certaine rigueur est de mise. Il n'en demeure pas moins que la présomption est renversée s'il apparaît que 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 116 II 338 c. 1b et les arrêts cités). En prenant en considération toutes les circonstances du cas d'espèce et en se livrant à une appréciation objective fondée sur le principe de la bonne foi, il faut se demander si l'assureur, dans l'hypothèse où la vérité lui

aurait été dite, n'aurait pas conclu le contrat ou ne l'aurait pas conclu aux mêmes conditions ; il faut donc déterminer la volonté hypothétique de l'assureur, ce qui constitue une question de droit (ATF 126 III 10 c. 2b ; ATF 136 III 334 c. 2.4 ; sur le tout : TF 9C_532/2014 du 23 octobre 2014 c. 4.1 ; Nef, Basler Kommentar, 2001, n. 54 et 55 ad art. 4 LCA). bb) Selon l'art. 6 LCA, si celui qui avait l'obligation de déclarer a, lors de la conclusion du contrat, omis de déclarer ou inexactly 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 (al. 1). Le droit de résiliation s'éteint quatre semaines après que l'assureur a eu connaissance de la réticence (al. 2). Si le contrat prend fin par résiliation en vertu de l'al. 1, l'obligation de l'assureur d'accorder sa prestation s'éteint également pour les sinistres déjà survenus lorsque le fait qui a été l'objet de la réticence a influé sur la survenance ou l'étendue du sinistre ; dans la mesure où il a déjà accordé une prestation pour un tel sinistre, l'assureur a droit à son remboursement (al. 3). Le texte légal (art. 6 al. 3 LCA) soumet ainsi les effets de la réticence sur les sinistres déjà survenus à la condition que le fait tu ait influé sur la survenance ou l'étendue du sinistre. En d'autres termes, il doit exister un rapport de causalité entre ce fait et le sinistre (Nef/von Zedtwitz, Basler Kommentar, Nachführungsband, 2012, n. 5 ad art. 6 LCA ; Brulhart, Droit des assurances privées, 2008, n. 478 p. 217). Cette règle n'est toutefois en vigueur que depuis le 1^{er} janvier 2006 et ne s'applique pas aux contrats d'assurance conclus antérieurement (Nef/von Zedtwitz, op. cit., n. 1 ad art. 6 LCA ; Brulhart, op. cit., pp. 227-228), qui demeurent régis par l'art. 6 aLCA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2005 et qui était la suivante : « [s]i celui qui devait faire la déclaration a, lors de la conclusion du contrat, omis de déclarer ou inexactly 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 ». L'art. 6 aLCA fait ainsi abstraction d'un rapport de causalité entre le fait tu et la survenance du sinistre. Il s'ensuit que la seule omission de révéler un fait d'importance permet à l'assureur de refuser ses prestations, même si elle a été sans lien avec le sinistre (Nef/von Zedtwitz, op. cit., n. 1 ad art. 6 LCA). c) En l'espèce, les premiers juges ont constaté que l'appelante avait passé sous silence le fait qu'elle avait souffert de discopathies et d'un état dépressif connus alors que ces problèmes de santé avaient fait l'objet d'une question expresse de l'assureur. Ils ont considéré que la communication d'informations à ce sujet aurait eu un effet sur la volonté de contracter de l'intimée, dès lors que celle-ci « n'aurait pas manqué d'étudier ces éléments en détail afin d'évaluer les éventuels risques d'incapacités de travail ultérieures » et que les faits non révélés étaient « importants et de nature à influencer sur la volonté de [l'intimée] de conclure » (jugement entrepris, p. 48). La détermination de la volonté hypothétique de l'intimée étant une question de droit, elle peut être examinée en deuxième instance. L'intimée a soumis à l'appelante en octobre 2005 une proposition d'assurance lui garantissant une rente annuelle en cas d'incapacité de gain, notamment pour cause de maladie. Depuis 2001, l'appelante avait notamment été suivie par le Dr J. _____, médecin généraliste, pour des problèmes anxio-dépressifs. Si elle n'avait pas été mise en incapacité de travail pour cette affection, elle avait en revanche reçu un traitement associant un anti-dépresseur à des anxiolytiques ainsi qu'un traitement cognitivo-comportemental pour les troubles alimentaires et anxieux, l'état anxio-dépressif étant considéré comme récidivant. Le rythme des consultations avait alors varié entre une fois par semaine et une fois tous les un à deux mois. En janvier 2001, elle avait subi un

IRM, qui avait révélé une discopathie sévère à l'origine de cervicalgies et lombalgies chroniques, pour lesquelles elle avait été traitée par le Dr F. _____, médecin généraliste. Comme l'a relevé l'expert judiciaire, aucune des affections précitées n'a été mentionnée par l'appelante dans le questionnaire de santé qui lui a été soumis par l'intimée. Contrairement à ce que laisse entendre l'appelante, de telles affections n'avaient rien d'anodin et se trouvaient directement en relation avec un risque d'incapacité de travail occasionnée par une dépression ou un mal de dos. L'appelante ne saurait minimiser l'importance des troubles psychiques dont elle a souffert au motif qu'elle n'aurait pas consulté un psychiatre, puisque son médecin généraliste lui a prescrit des antidépresseurs et qu'à dire d'expert, il s'agissait d'un « état anxio-dépressif récurrent depuis sa jeunesse » (jugement entrepris, p. 34). Elle cite à mauvais escient un arrêt rendu par le Tribunal fédéral le 28 septembre 2001 dans la cause 5C.186/2000, dans lequel il a été considéré qu'un léger état dépressif ayant appelé six consultations auprès d'un médecin psychiatre sans médication pouvait être passé sous silence, puisqu'elle a bénéficié elle-même d'un nombre nettement plus important de consultations et a subi une médication durant une longue durée. Elle ne peut pas non plus tirer argument de ce qu'elle exerce la profession de logopédiste pour minimiser ses troubles du rachis, puisque notoirement ceux-ci provoquent des incapacités de travail dans toutes les professions. Cela étant, il faut admettre que les affections de l'appelante non révélées à l'intimée correspondaient à des faits « de nature à influencer sur la détermination de l'assureur de conclure le contrat ou de le conclure aux conditions convenues » au sens de l'art. 4 al. 2 LCA. Contrairement à ce que plaide l'appelante, rien ne justifie de renverser la présomption de l'art. 4 al. 3 LCA, selon lequel « sont réputés importants les faits au sujet desquels l'assureur a posé par écrit des questions précises, non équivoques », puisqu'elle a été invitée par écrit par l'intimée à s'exprimer dans le questionnaire de santé au sujet des affections dont elle avait souffert et qu'à dire d'expert, elle a tu certaines d'entre elles. Contrairement à ce que laisse entendre l'appelante, il n'incombe pas au juge de rechercher à quelles conditions particulières, augmentation de prime ou réduction de la couverture, l'intimée aurait le cas échéant conclu le contrat si elle avait été informée de manière véridique et complète au sujet de l'état de santé antérieur de sa cocontractante. Il suffit en effet que la possibilité existe qu'en cas d'information complète, l'assureur n'ait pas conclu le contrat ou l'ait conclu à des conditions différentes et qu'un lien de causalité hypothétique puisse être vu entre l'omission de l'assuré et la décision de l'assureur de conclure aux conditions convenues. On peut dès lors se borner à constater qu'un tel lien est réalisé en l'espèce sans devoir procéder à une rénovation du contrat. L'appelante fait enfin valoir à mauvais escient que les affections qu'elle n'a pas révélées sont sans lien avec la pathologie neurologique qui l'amène à réclamer des prestations à l'intimée, dès lors que l'art. 6 aLCA, applicable en l'espèce, fait abstraction de l'exigence d'un rapport de causalité entre le fait tu et la survenance du sinistre. 4. Il s'ensuit que l'appel doit être rejeté selon le mode procédural de l'art. 312 al. 1 CPC et le jugement entrepris confirmé. Les frais judiciaires de deuxième instance, arrêtés à 1'320 fr. (art. 62 al. 1 TFJC [tarif des frais judiciaires civils du 28 septembre 2010 ; RSV 270.11.5]), sont mis à la charge de l'appelante, qui succombe (art. 106 al. 1 CPC). Il n'y a pas lieu à l'allocation de dépens, l'intimée n'ayant pas été invitée à se déterminer.

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