

## **VD\_FINDINFO HC / 2018 / 212 vom 21. März 2018**

VD Tribunal cantonal, 2018-03-21, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_HC\\_\\_\\_2018\\_\\_\\_212](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_HC___2018___212)

FR: VD\_FINDINFO HC / 2018 / 212 du 21 mars 2018

IT: VD\_FINDINFO HC / 2018 / 212 del 21 marzo 2018

### **Regeste**

VIOLATION DE L'OBLIGATION D'ANNONCER, CONTRAT D'ASSURANCE | 4  
LCA, 6 LCA

### **Erwägungen**

#### **E. 8**

a) Par demande du 24 août 2011, A. \_\_\_\_\_ a conclu, avec suite de frais et dépens, à ce qu'il soit dit que C. \_\_\_\_\_ n'est pas autorisée à se départir du contrat d'assurance vie n° 390101 8801 pour cause de réticence (I), à ce qu'il soit dit que C. \_\_\_\_\_ est toujours liée par le contrat d'assurance vie (II) et à ce que C. \_\_\_\_\_ soit condamnée à lui fournir les prestations prévues par le contrat d'assurance vie à partir du 22 janvier 2007 (III). Dans sa réponse du 22 février 2012, la défenderesse a conclu, avec suite de frais et dépens, principalement à l'irrecevabilité et subsidiairement au rejet de la demande. La demanderesse a répliqué le 21 juin 2012 et la défenderesse a dupliqué le 18 septembre 2012. La demanderesse s'est encore déterminée par une écriture du 12 novembre 2012. b) Le 1<sup>er</sup> juillet 2013, [...], actuaire, a établi un rapport d'expertise, complété le 21 février 2014, sur la question de savoir si les prestations versées par la défenderesse à la demanderesse du 6 février 2008 au 23 octobre 2009 et la valeur de rachat de la police d'assurance avaient été correctement calculées par la défenderesse. L'expert a répondu en substance que tel avait été le cas. c) Les parties ayant d'un commun accord renoncé aux plaidoiries orales, elles ont déposé leurs plaidoiries écrites le 27 mars 2015. d) Par jugement du 16 juin 2015, dont les considérants écrits ont été adressés aux parties le 25 août 2015, la Chambre patrimoniale cantonale a déclaré irrecevable la demande introduite par A. \_\_\_\_\_ contre C. \_\_\_\_\_ (I) et a statué sur les frais et dépens (II à V). En droit, les premiers juges ont relevé que la demanderesse avait pris trois conclusions au pied de sa demande. Les deux premières étaient de nature constatatoire, alors que la troisième était condamnatoire. Ils ont considéré que l'action introduite constituait principalement une demande en paiement, soit une action condamnatoire, de sorte qu'en vertu du principe de la subsidiarité des conclusions en constatation, les deux conclusions constatatoires étaient irrecevables. Quant à la troisième conclusion, tendant au versement d'une somme d'argent, les premiers juges l'ont également considérée irrecevable, dès lors qu'elle n'avait pas été chiffrée par la demanderesse, quand bien même cela eût été possible, cette dernière ayant elle-même allégué une valeur litigieuse de 240'000 francs. Partant, la demande devait être déclarée irrecevable. Par arrêt du 1<sup>er</sup> mars 2016, la Cour d'appel civile du Tribunal cantonal a admis l'appel déposé par la demanderesse contre le jugement du 16 juin 2015 (I), a annulé ce jugement (II) et a statué sur les frais et dépens (III à VII). En substance, la Cour d'appel civile a retenu que la demanderesse avait un intérêt digne de protection à faire constater qu'elle était liée à la défenderesse par un contrat d'assurance et, partant, à ce qu'il

soit statué sur le fond de la question et notamment sur la question de la validité de la réticence. Elle a en outre relevé que, la question de la réticence n'ayant pas été examinée par les premiers juges, qui avaient déclaré la demande irrecevable sans en examiner le fond, il n'y avait pas lieu de priver les parties du bénéfice de la double instance cantonale et qu'il convenait donc de renvoyer la cause aux premiers juges pour qu'ils statuent au fond sur les conclusions en constat de la demanderesse (conclusions I et II de la demande). Par arrêt du 17 mai 2016, le Tribunal fédéral a considéré que la décision n'était pas finale et n'est donc pas entrée en matière sur le recours formé par la demanderesse concernant les frais et dépens de la deuxième instance. e) Ensuite du renvoi de la cause aux premiers juges, les parties ont déposé de nouvelles plaidoiries écrites les 8 et 9 septembre 2016. Dans sa plaidoirie écrite du 9 septembre 2016, la demanderesse a en substance confirmé les conclusions I et II prises dans sa demande et a conclu à ce que C. \_\_\_\_\_ soit condamnée aux frais et dépens de première et deuxième instance. Le 30 novembre 2016, la demanderesse s'est déterminée sur la plaidoirie écrite de la défenderesse et celle-ci a déposé une plaidoirie écrite responsive, dans laquelle elle a confirmé qu'elle concluait à libération des conclusions I et II de la demanderesse et a conclu à libération de la conclusion III nouvelle de la demanderesse. La séance de délibérations s'est tenue à huis clos le 14 décembre 2016. Le dispositif du jugement a été notifié aux parties le 27 décembre 2016. La demanderesse en a requis la motivation par courrier du 4 janvier 2017. En droit : 1. 1.1 L'appel est recevable contre les décisions finales de première instance (art. 308 al. 1 let. a CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272]) au sens de l'art. 236 CPC dans les causes patrimoniales dont la valeur litigieuse dépasse 10'000 fr. (art. 308 al. 2 CPC). L'appel, écrit et motivé, doit être introduit auprès de l'instance d'appel dans les 30 jours à compter de la notification de la décision motivée ou de la notification postérieure de la motivation (art. 311 al. 1 CPC). 1.2 En l'espèce, formé en temps utile par une partie qui y a intérêt (art. 59 al. 2 let. a CPC), contre une décision finale de première instance rendue dans une cause patrimoniale dans laquelle la valeur litigieuse est supérieure à 10'000 fr., l'appel est recevable. 2. 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 (Jeandin, CPC commenté, Bâle 2011, nn. 2 ss ad art. 310 CPC). Elle peut revoir librement l'appréciation des faits sur la base des preuves administrées en première instance (Jeandin, op. cit., n. 6 ad art. 310 CPC ; JdT 2011 III 43 et les références). 3. 3.1 Dès lors que l'intimée revient sur la question de la recevabilité des conclusions constatatoires de l'appelante, afin, selon elle, de sauvegarder ses droits en cas d'un éventuel recours au Tribunal fédéral, il y a lieu de statuer tout d'abord sur ce point. 3.2 Le moyen tiré de l'irrecevabilité des conclusions de la demande a déjà été tranché par la Cour de céans dans son arrêt du 1<sup>er</sup> mars 2016, qui a jugé que l'appelante avait un intérêt digne de protection à faire constater qu'elle était liée à l'intimée par un contrat d'assurance et que la réticence invoquée n'était pas valable. En cas d'annulation selon l'art. 318 al. 1 let. c CPC, les juges du premier degré sont liés par les considérants de la décision de renvoi. En principe, leur nouvelle décision est elle aussi susceptible d'appel, pour violation du droit ou constatation inexacte des faits selon l'art. 310 CPC. L'autorité d'appel est alors elle-même liée par les considérants de sa propre décision antérieure, y compris par les instructions données à l'autorité de première instance, et son examen ne peut désormais porter que sur les points nouvellement tranchés par cette autorité-ci (TF 4A\_662/2016 du 11 mai 2017 consid. 1.5 ;

TF 4A\_646/2011 du 26 février 2013 consid. 3.2, in RSPC 2013 p. 319, non publié à l'ATF 139 III 190 ; ATF 143 III 290 consid. 1.5). 3.3 Il en résulte, en l'espèce, que les premiers juges étaient liés sur la question de la recevabilité des conclusions constatatoires de l'appelante par l'arrêt de renvoi et c'est à juste titre qu'ils n'ont pas rediscuté ce point. La Cour de céans est également liée par les considérants de son précédent arrêt du 1<sup>er</sup> mars 2016, de sorte qu'il n'y a pas lieu de réexaminer la question.

4. 4.1 Dans un premier moyen, l'appelante conteste avoir commis une réticence en répondant par la négative à la question 6i de la proposition d'assurance (« Avez-vous déjà reçu des prestations en cas d'incapacité de gain, de travail ou d'invalidité ? »), dans la mesure où l'instruction aurait permis d'établir, selon elle, qu'aucun cas d'invalidité la concernant n'avait été reconnu et que les prestations versées par l'AI l'auraient été alors qu'elle effectuait son apprentissage, soit durant une période où elle disposait d'une pleine capacité de travail. Par ailleurs, d'un point de vue subjectif cette fois-ci, le courtier F. \_\_\_\_\_ aurait expressément déclaré lors de son audition que le type de prestations versées à l'appelante n'était pas concerné selon lui par la question 6i et n'avait par conséquent pas à être mentionné dans le formulaire. L'appelante aurait dès lors répondu correctement à cette question 6i. Dans tous les cas, l'appelante soutient qu'il faudrait tenir compte, au moment de l'examen de l'existence d'un cas de réticence, du fait que le questionnaire, rempli par le témoin F. \_\_\_\_\_, ne lui aurait jamais été formellement soumis, puisqu'elle n'aurait fait que répondre aux questions que ce dernier lui posait. Il faudrait aussi prendre en considération son jeune âge (22 ans au moment des faits) et son inexpérience (elle se trouvait en apprentissage et vivait encore chez ses parents). Se référant aux auditions de sa mère, K. \_\_\_\_\_, et de F. \_\_\_\_\_, l'appelante soutient que la nature des prestations versées par l'AI (prestations pour retard dans l'entrée dans la vie active) aurait expressément été évoquée lorsqu'elle a répondu à la question 6i, mais que F. \_\_\_\_\_ n'aurait pas jugé nécessaire de faire figurer sa réponse dans le questionnaire. Ces indemnités ne seraient dans tous les cas pas destinées à couvrir une incapacité de gain, de travail ou une invalidité de l'appelante. En ce qui concerne les autres questions litigieuses, l'appelante considère avoir indiqué tout ce qu'elle devait afin de donner une parfaite et complète information à l'intimée. Elle n'aurait notamment pas caché sa scoliose opérée en 1994, ce qui aurait dû conduire le médecin-conseil de l'intimée à investiguer les suites de cette maladie s'il l'avait jugé nécessaire. L'intimée considère que l'appelante aurait commis une réticence à plusieurs égards. Tout d'abord en répondant par la négative à la question 6i de la proposition d'assurance, alors qu'entre 2000 à 2004 elle avait été mise au bénéfice d'indemnités journalières AI, donc notamment le 5 juillet 2002, lorsqu'elle a signé la proposition d'assurance. L'appelante aurait aussi « travesti la vérité » en répondant par la négative aux questions B2 et B3 de la déclaration de santé. La réticence serait aussi réalisée en ce qui concerne la question 5 de la déclaration de santé, l'appelante ayant minimisé les conséquences de son opération de la scoliose effectuée en 1994. Elle le serait enfin également pour l'opération subie en 1995, dont on ne trouverait aucune trace dans la proposition d'assurance ni dans la déclaration de santé. En outre, l'appelante ne saurait être considérée comme une personne inexpérimentée, puisqu'elle avait 22 ans lorsque les questionnaires lui ont été soumis et qu'elle était assistée de sa mère à cette occasion, les questions étant par ailleurs simples, précises et sans équivoque. Enfin, ces cas de réticence auraient porté sur des faits de nature à influencer sur la détermination de l'intimée à conclure le contrat d'assurance.

4.2 Selon l'art. 6 LCA dans sa teneur antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2006, dont l'application au cas d'espèce n'est pas contestée par les parties, si celui qui devait faire la déclaration a, lors de la conclusion du contrat, omis de déclarer ou

inexactement déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître (réticence), l'assureur n'est pas lié par le contrat, à condition qu'il s'en soit départi dans les quatre semaines à partir du moment où il a eu connaissance de la réticence. Selon l'art. 4 aLCA, dont la teneur n'a pas varié, 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 présumés importants les faits au sujet desquels l'assureur a posé par écrit des questions précises, non équivoques (al. 3). Pour dire s'il y a réticence, la première question à résoudre est donc celle de savoir si la question formulée par l'assureur était précise et non équivoque (art. 4 al. 3 aLCA). Il n'y a pas de réticence si la question était 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 (TF 4A\_370/2012 du 4 décembre 2012 consid. 2.1 ; ATF 136 III 334 consid. 2.3 ; ATF 134 III 511 consid. 3.3.3 ; TF 5C.262/2006 du 28 mai 2008 consid. 4.3). La notion de fait important est définie à l'art. 4 al. 2 aLCA. Cette disposition vise tous les éléments qui doivent être pris en considération lors de l'appréciation du risque et qui peuvent éclairer l'assureur, à savoir toutes les circonstances permettant de conclure à l'existence de facteurs de risque (ATF 136 III 334 consid. 2.4). Quant au proposant, il doit agir conformément aux règles de la bonne foi. 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 aux questions posées (ATF 136 III 334 consid. 2.4). Il n'existe pas d'obligation du proposant de donner des indications pertinentes pour l'appréciation du risque quand aucune question écrite ne lui est posée à ce sujet et il n'a pas à faire de déclarations spontanées. Ainsi, la réticence ne saurait être invoquée à l'encontre de celui qui serait demeuré muet sur un fait qui ne tombe sous le coup d'aucune question (TF 5C.5/2005 du 23 juin 2005 consid. 2.2). Ce qui est décisif, c'est de juger si et dans quelle mesure le proposant pouvait donner de bonne foi une réponse négative à une question de l'assureur, selon la connaissance qu'il avait de la situation et, le cas échéant, selon les renseignements que lui avaient fournis des personnes qualifiées (ATF 118 II 333 consid. 2b, rés. in JT 1996 I 127; ATF 116 II 341 consid. 1c et les réf. citées). Ainsi, une réticence sera admise à charge de celui qui, questionné sur des maladies antérieures, répond négativement, alors même que l'incapacité de travail subie, les méthodes de traitement adoptées et la longueur dudit traitement excluent la qualification de simple dérangement passager, mais constituent une véritable altération de la santé (TF 5C.103/2005 du 26 septembre 2005 consid. 2.2; ATF 116 II 338 consid. 1b, SJ 1991 p. 17). La réticence suppose que la réponse donnée à la question ne soit pas conforme à la vérité, par omission ou inexactitude. La réticence réside dans la divergence entre la vérité et ce qui a été déclaré. Elle 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 précité consid. 2.3). La présomption de l'art. 4 al. 3 aLCA, selon laquelle "sont réputés importants les faits au sujet desquels l'assureur a posé par écrit des questions précises, non équivoques", tend à faciliter la preuve de l'importance d'un fait pour la conclusion du contrat aux conditions prévues, en renversant le fardeau de la preuve. Que l'assureur ait posé une question précise permet ainsi seulement de présumer que le fait était important. Cette présomption peut cependant être renversée par l'assuré qui peut prouver que, s'il avait répondu de manière exacte et complète, l'assureur aurait néanmoins conclu le contrat aux mêmes conditions (ATF 136 III

334 précité consid. 2.4). 4.3 En l'espèce, le 5 juillet 2002, en vue de la conclusion d'un contrat d'assurance vie avec l'intimée, l'appelante a notamment répondu négativement aux questions suivantes (B2 et B3) de la déclaration de santé : « [B]2 : Souffrez-vous actuellement ou avez-vous souffert au cours des 5 dernières années de troubles de la santé ou des suites d'une maladie, d'une infirmité, d'une affection congénitale ou d'un accident ? [B]3 : Etes-vous actuellement ou avez-vous été au cours des 5 dernières années en traitement ou sous contrôle médical ? ». Or à l'époque de la signature de la proposition d'assurance, l'appelante était suivie pour des problèmes de santé. Il s'agissait de problèmes de longue date. En effet, dans le certificat médical du 24 mai 2007, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'une cypho-scoliose avait été diagnostiquée chez la demanderesse et traitée dès 1987 et que les lombalgies s'étaient péjorées depuis environ 1999, précisant que ce problème avait motivé l'intervention du 30 janvier 2007 et un arrêt de travail à 100% à partir du 24 janvier 2007. Dans son rapport du 4 septembre 2007, le Dr R. \_\_\_\_\_ a mentionné une trentaine, voire une cinquantaine de consultations de l'appelante auprès du Dr L. \_\_\_\_\_. Puis, dans le certificat du 18 octobre 2007, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a expliqué que l'appelante souffrait de douleurs au dos depuis l'enfance et a confirmé « une augmentation nette de l'intensité des troubles à partir de 1999 » chez cette dernière et une « persistance de troubles invalidants » ayant conduit à une incapacité de travail à 100% depuis le 24 janvier 2007, dont la cypho-scoliose était la cause principale. L'appelante avait donc souffert de lombalgies au cours des cinq années précédant la signature de la proposition d'assurance en 2002 ayant nécessité un suivi médical régulier ainsi que des traitements, ce qu'elle a tu lors de la signature de la proposition d'assurance, déclarant au contraire expressément quelques lignes plus loin (sous la question C/6a de la déclaration de santé) que la scoliose – opérée en 1994 – était « guérie sans suite », commettant ainsi une réticence au sens de l'art. 6 al. 1 aLCA en relation avec les réponses données aux questions B2 et B3. Les arguments de l'appelante développés dans son mémoire de réplique, consistant à taire les éléments qui précèdent pour essayer de faire tomber sous le coup des deux questions B2 et B3 ses opérations subies en 1994 et 1995, ne sont pas pertinents et tendent plutôt à éluder la problématique. Ces deux dernières interventions relèvent de la question C6a de la déclaration de santé (« Au cours des 10 dernières années, avez-vous été examiné ou traité par un médecin, psychiatre, chiropraticien ou psychothérapeute pour des maladies ? ») et les premiers juges n'ont – à juste titre – pas retenu, contrairement à ce que prétendait l'intimée (let. C/7 supra), un cas de réticence sur ce point (ce qui n'est plus contesté), l'appelante ayant répondu par l'affirmative à cette question en précisant la nature de son opération et le nom du médecin qui y avait procédé. En ce qui concerne la question 6i de la proposition d'assurance (Avez-vous déjà reçu des prestations en cas d'incapacité de gain, de travail ou d'invalidité ?), l'appelante a tu qu'elle percevait des prestations « pour retard dans l'entrée dans la vie active » versées par l'AI. Il s'agit là aussi d'une réticence. En effet, contrairement à ce qu'elle soutient dans une démonstration tendant à une interprétation littérale de la question posée par l'intimée, l'appelante a bien perçu, entre 2000 et 2004, soit également au moment de remplir le questionnaire, des prestations en cas d'incapacité de gain ou de travail de la part de l'AI. Il résulte en effet de la décision de l'OAI du 27 octobre 2000 que l'appelante a été mise au bénéfice de mesures professionnelles au sens de l'art. 16 LAI. Mais surtout, cette décision précisait expressément qu'« en raison de l'atteinte à la santé, [A. \_\_\_\_\_] subiss[ait] un préjudice économique sous la forme d'une entrée retardée dans la vie active dès le 1<sup>er</sup> août 2000 [et que] le droit aux indemnités journalières fer[ait] l'objet d'une décision ultérieure ». Ces

prestations – versées sous forme de rentes – venaient ainsi compenser une incapacité temporaire de gain due à des problèmes de santé. L'appelante aurait donc dû les déclarer à l'intimée. Pour le surplus, l'instruction n'a pas permis d'établir que F. \_\_\_\_\_ aurait été expressément informé de la nature des indemnités journalières versées à l'appelante ; l'affirmation de K. \_\_\_\_\_ selon laquelle « la question des indemnités servies par l'AI pour entrée tardive a[vait] certainement été évoquée » n'est pas déterminante à cet égard, ce témoin – dont le lien de parenté avec l'appelante doit conduire à considérer ses propos avec circonspection – ayant, quelques lignes plus loin, elle-même admis qu'elle « ne cro[yait] pas que le fait que ce soit l'AI qui servait ces indemnités ait été mentionné ». Le fait que, selon F. \_\_\_\_\_, ce type de prestation ne rentrerait pas dans le champ d'application de la question n'y change rien, dès lors encore une fois que l'existence de ces indemnités a été tue, le témoin n'ayant du reste pas été catégorique à cet égard puisqu'il a précisé qu'il n'aurait « pas forcément » répondu par l'affirmative à la question 6i précitée s'il avait eu connaissance du versement de ce type de prestation. Pour le reste, il n'est pas contesté par l'appelante que les questions posées étaient précises et non équivoques. Il n'est pas non plus contesté que ces questions portaient sur des faits qui, considérés objectivement, n'apparaissent pas insignifiants. Enfin, l'appelante ne saurait tirer argument de son jeune âge ni de son inexpérience. On relèvera sur ce point que sa mère était présente lorsque l'appelante a rempli les questionnaires et que les questions étaient lues par F. \_\_\_\_\_. La mère de l'appelante connaissait aussi parfaitement la situation de sa fille, puisque notamment elle était la destinataire – pour le compte de l'appelante – de la décision de l'OAI du 27 octobre 2000. En définitive donc, c'est à juste titre que les premiers juges ont retenu des cas de réticence en relation avec les réponses données aux questions B2, B3 et 6i.

5. 5.1 Dans un deuxième moyen, l'appelante soutient que si un cas de réticence devait être retenu, alors son invocation par l'intimée serait tardive. Plutôt que de se retrancher derrière l'attente d'informations provenant du Dr Q. \_\_\_\_\_, l'intimée aurait dû, dès février 2009 déjà, s'adresser à l'OAI afin d'obtenir le dossier de l'appelante. Or ce n'est que le 20 avril 2009 qu'elle aurait interpellé cet office, qu'elle aurait relancé presque un an plus tard. Finalement, l'intimée aurait attendu jusqu'au 15 octobre 2010 avant d'interpeller la Cour des assurances sociales pour obtenir le dossier de l'appelante. L'intimée conteste la tardiveté de l'invocation de la réticence. Elle fait valoir avoir dû intervenir à maintes reprises dès 2007 auprès des différents médecins qui avaient pris en charge l'appelante, sans pouvoir obtenir les renseignements qui comptaient dans l'analyse d'un cas de réticence, soit la situation de l'appelante en 2002. Ce n'est finalement qu'à la suite des contacts avec l'OAI qu'elle aurait pu se convaincre que l'appelante s'était rendue coupable de réticence. Dès lors, elle serait intervenue dans des délais tout à fait acceptables auprès de la Cour des assurances sociales afin de prendre connaissance du dossier AI de l'appelante pour, finalement, résilier le contrat dans le délai légal de quatre semaines. S'agissant du passé médical de l'appelante, c'est la procédure qui aurait révélé la gravité de l'opération de 1994 et l'existence de celle de 1995, si bien que la tardiveté ne saurait entrer en ligne de compte.

5.2 Le délai de quatre semaines de l'art. 6 aLCA pour résilier le contrat d'assurance ne commence à courir qu'à partir du moment où l'assureur a eu connaissance de la réticence et non à partir de celui où il aurait pu en avoir connaissance s'il avait procédé avec la diligence ordinaire. De simples soupçons, même propres à inciter un assureur diligent à vérifier les déclarations de l'assuré, ne déclenchent pas l'écoulement du délai (ATF 118 II 333 consid. 2 et jugement attaqué p. 18 et réf. citées). Lorsque l'assureur a connaissance successivement, à des dates différentes, de diverses réticences concernant des faits importants et distincts, un

délai autonome court pour chacune des réticences, à partir du moment où l'assureur en a connaissance (ATF 109 II 159 consid. 2c). Il n'est fait exception à ce principe qu'en cas d'abus de droit, notamment lorsque l'assureur refuse sciemment de prendre connaissance des éléments constitutifs de la réticence (ATF 118 II 333 consid. 3c). Le délai de résolution de quatre semaines a essentiellement pour but d'éviter que l'assureur, qui connaît la réticence, garde le silence, poursuive provisoirement l'exécution du contrat et encaisse des primes pour des raisons spéculatives. L'assureur ne doit pas temporiser à seule fin de faire durer un contrat boîteux qui lui vaut des avantages sans rien lui coûter ; ce serait inconciliable avec les exigences de la bonne foi (Guisan, La réticence dans le contrat d'assurance ; RSA 51 (1983) pp. 295ss, spéc. p. 325 ; ATF 118 II 133 consid. 3d). Enfin, ce délai est un délai de péremption, dont il appartient à l'assureur de prouver le respect (ATF 118 II 333 consid. 3).

5.3 En l'occurrence, les premiers juges ont considéré que, s'agissant des réticences commises en relation avec les questions B2 et B3, le délai de quatre semaines n'avait pas été respecté, l'intimée ayant été informée des lombalgies de l'appelante en 2007 déjà, après avoir interpellé les médecins traitants de cette dernière. On ne saurait suivre cette appréciation. L'existence de lombalgies était certes connue dès 2007, mais les rapports médicaux y relatifs, notamment ceux du Dr Q. \_\_\_\_\_, n'étaient pas suffisants pour considérer que l'assureur avait une connaissance certaine du motif de réticence. En effet, invité par l'intimée à lui indiquer si la « péjoration des lombalgies depuis environ 1999 » chez l'appelante – dont il avait fait état dans son certificat médical du 24 mai 2007 – avait donné lieu à un suivi par ses soins, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a répondu qu'il n'avait pris en charge la patiente que depuis le 14 juin 2005 et qu'elle était alors en traitement chez la Dresse J. \_\_\_\_\_. Interpellée, cette dernière a indiqué, par courrier du 24 juillet 2007, ne connaître l'appelante que depuis mars 2005 et ne pas l'avoir suivie pour ses problèmes de dos. Quant au Dr R. \_\_\_\_\_, remplaçant du Dr L. \_\_\_\_\_ – lequel avait procédé à l'intervention sur l'appelante en 1994 –, il a bien fait état de trente à cinquante consultations de l'intéressée chez son prédécesseur, mais il a précisé qu'il était « absolument exclu qu'il en donne les dates » et qu'il avait, pour sa part, vu pour la première fois la patiente le 12 juin 2007. PaR. \_\_\_\_\_ confirmait qu'une intervention avait eu lieu en 1994, il ne mentionnait toutefois à aucun endroit que des traitements avaient par la suite été ordonnés ni ne faisait état d'une péjoration des lombalgies à partir de 1999. Le contenu de ces divers rapports médicaux – émanant des médecins consultés – ne permettait donc pas à l'intimée de connaître avec suffisamment de précision quelle était la situation de l'appelante d'un point de vue médical en 2002 et au cours des cinq années précédentes. Il aurait été pour le moins risqué, dans ces conditions, de se départir du contrat en invoquant la réticence. Par ailleurs, on ne saurait suivre le raisonnement des premiers juges selon lequel le dossier AI n'a apporté « aucune information supplémentaire quant au suivi médical de la demanderesse par rapport aux informations qui avaient été fournies par les Drs Q. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_ en 2007 ». En effet, seuls les autres rapports médicaux contenus dans le dossier AI ont permis à l'intimée d'être renseignée sur le suivi et le traitement ordonné ensuite de la péjoration des lombalgies dès 1999 – dont le Dr Q. \_\_\_\_\_ avait fait état sans plus amples explications dans ses certificats de mai et octobre 2007 –, à défaut pour l'intimée d'avoir pu obtenir ces renseignements par le biais des autres médecins consultés par elle-même auparavant, les rapports des Drs Q. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_ n'apportant aucun éclaircissement sur ce point. On se référera en particulier au rapport du 3 septembre 2007 – figurant dans le dossier AI – dans lequel le Dr V. \_\_\_\_\_ a expliqué qu'« au cours de l'année 2000, une première infiltration antalgique [avait] été pratiquée ce qui a[vait]

apporté un soulagement durant environ un an [et qu'] après ce délai, les douleurs [étaient] réapparues progressivement, ce qui a[vait] amené à une 2<sup>ème</sup> infiltration qui malheureusement [était] restée sans effet ». Ce n'est qu'à la lecture du dossier AI que l'intimée a eu connaissance des traitements subis par l'appelante sous forme notamment d'infiltrations en 2000, les rapports du Dr Q.\_\_\_\_\_ de mai et octobre 2007 faisant référence à des infiltrations n'ayant eu lieu qu'en 2005 et 2006. Au demeurant, on ne saurait retenir que l'assureur aurait temporisé de manière inconciliable avec le principe de la bonne foi pour élucider ses soupçons. En effet, il a interpellé le Dr Q.\_\_\_\_\_ à répétitions, avant de demander la consultation du dossier AI, ce qui a pris un certain temps, l'OAI ne répondant pas (let. C/6). Le seul fait que des relances plus fréquentes auraient été envisageables ne permet pas de retenir que l'assureur ait temporisé de manière contraire à la bonne foi, pour encaisser des primes sans devoir payer. C'est d'autant moins le cas que l'intimée a renoncé à réclamer à l'appelante la restitution des prestations versées et le paiement des primes libérées (let C/7). L'intimée ayant eu connaissance du dossier AI lorsque celui-ci lui a été adressé par courrier de la Cour des assurances sociales le 21 octobre 2010, il y a lieu d'admettre, contrairement à ce qu'ont retenu les premiers juges, qu'en invoquant la réticence par courrier du 18 novembre 2010, elle a respecté le délai de quatre semaines de l'art. 6 aLCA. Ce délai a également été respecté s'agissant de la réticence fondée sur la réponse à la question 6i de la proposition d'assurance. Rien ne laissait en effet supposer que l'appelante était au bénéfice de prestations de l'AI pour « retard dans l'entrée dans la vie active », l'intéressée ayant expressément déclaré, dans sa réponse à la question C/6a de la déclaration de santé, que la scoliose – opérée en 1994 – était « guérie sans suite ». Par ailleurs, on ne saurait, là aussi, reprocher à l'intimée d'avoir temporisé de manière contraire à la bonne foi. En effet, ayant appris par le Dr Q.\_\_\_\_\_, dans son certificat du 18 octobre 2007, qu'une annonce AI avait été faite le 26 juillet 2007 concernant l'appelante (ce médecin ayant dans son précédent certificat du 24 mai 2007 expliqué qu'aucune annonce AI n'avait été faite ni n'était prévue), l'intimée l'a invité par courrier du 14 novembre 2007 à lui transmettre, le cas échéant, copie de la décision de l'OAI. Ce n'est qu'après avoir été relancé à six reprises que le Dr Q.\_\_\_\_\_ a répondu, le 19 février 2009, qu'il n'était pas en possession de la décision de l'OAI et qu'il ne pensait pas qu'une décision avait déjà été prise. Ainsi, le 20 avril 2009, puis, faute de réponse, le 28 janvier 2010, l'intimée a demandé à l'OAI de lui transmettre pour étude le dossier AI de l'appelante, ce à quoi l'OAI a répondu, par lettre du 4 février 2010, qu'un recours avait été déposé auprès de la Cour des assurances sociales, et l'a invitée, le 25 mai 2010, à consulter le dossier directement auprès de cette cour, ce que l'intimée a fait le 15 octobre suivant, après avoir entretemps obtenu du Dr Q.\_\_\_\_\_, après plusieurs relances, des renseignements actualisés sur la situation de l'intéressée. On ne saurait faire grief à l'intimée d'avoir attendu près de cinq mois avant de s'adresser à la Cour des assurances sociales, puisque les informations dont elle avait connaissance, telles que ressortant du courrier de l'OAI du 25 mai 2010, étaient précisément qu'une rente AI avait été refusée. Il résulte de ce qui précède que c'est à juste titre que les premiers juges ont retenu que l'intimée s'était départie du contrat d'assurance dans le délai de quatre semaines de l'art. 6 aLCA, dès réception du dossier AI. 6. 6.1 Dans un dernier moyen, l'appelante considère que dans le cadre de la première procédure d'appel ayant conduit à l'arrêt de la Cour de céans du 1<sup>er</sup> mars 2016, l'ensemble des frais et dépens de deuxième instance devraient être mis à la charge de l'intimée, puisque l'appel a été admis et le premier jugement annulé avec renvoi aux premiers juges. Or les premiers juges n'en auraient absolument pas tenu compte

au moment de rendre leur nouveau jugement qui fait l'objet de la présente procédure d'appel. Pour le cas où le présent appel devait être rejeté, l'appelante considère que les frais de la première procédure devraient être compensés avec ceux de la présente procédure. L'intimée soutient que l'arrêt sur appel du 1<sup>er</sup> mars 2016, définitif et exécutoire, aurait réglé de façon correcte le sort des frais et dépens de deuxième instance. Il n'appartiendrait dès lors pas à l'autorité de première instance de revoir ce point. 6.2 Il est erroné de prétendre que les premiers juges devaient revoir la répartition des frais et dépens telle qu'arrêtée par la Cour de céans dans son arrêt du 1<sup>er</sup> mars 2016 (thèse de l'appelante) et que cette question serait définitive et exécutoire (thèse de l'intimée). Comme l'a rappelé le Tribunal fédéral dans son arrêt rendu sur recours contre l'arrêt de la Cour de céans du 1<sup>er</sup> mars 2016, c'est dans le cadre du recours contre la décision finale que cette répartition peut être contestée. A cet égard, la Cour de céans a, dans son précédent arrêt, retenu que l'appelante avait obtenu gain de cause sur la question de la recevabilité de ses conclusions en constatation, qu'elle avait toutefois plaidé en appel le fond de l'affaire, notamment la question de la réticence, quand bien même elle s'attaquait à un jugement d'irrecevabilité, et qu'elle avait attendu la procédure d'appel pour retirer sa conclusion III, alors que, de son propre aveu, cette conclusion s'était révélée sans objet le 12 mars 2012, soit bien avant que le jugement du 16 juin 2015 soit rendu. Dans ces circonstances, il se justifiait de faire supporter à chaque partie la moitié des frais judiciaires de deuxième instance et de compenser les dépens. Cette appréciation est pertinente et convaincante, de sorte qu'il n'y a pas lieu de revenir sur cette question dans le cadre de la présente procédure d'appel. 7. 7.1 Il résulte de ce qui précède que l'appel doit être rejeté et le jugement entrepris confirmé. 7.2 7.2.1 Aux termes de l'art. 106 al. 1 CPC, les frais – qui comprennent selon l'art. 95 al. 1 CPC les frais judiciaires (art. 95 al. 2 CPC) et les dépens (art. 95 al. 3 CPC) – sont mis à la charge de la partie succombante. Lorsque la partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, elle verse les dépens à la partie adverse, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office étant supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a, b et d CPC). Le conseil d'office a droit au remboursement de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps qu'il y a consacré ; le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès et applique un tarif horaire de 180 fr. s'agissant d'un avocat (art. 2 al. 1 let. a RAJ [Règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]). 7.2.2 En l'espèce, vu l'issue du litige, les frais judiciaires de deuxième instance, arrêtés à 3'400 fr. (art. 62 al. 1 et 2 TFJC [Tarif des frais judiciaires civils du 28 septembre 2010 ; RSV 270.11.5]), doivent être mis à la charge de l'appelante, qui succombe (art. 106 al. 1 CPC). Toutefois, dès lors qu'elle est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais seront laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC). S'agissant du montant de l'indemnité due au conseil d'office, Me Tony Donney-Monay a déposé une liste de ses opérations le 8 novembre 2017, faisant état d'un temps consacré au dossier de 12.75 heures et de débours par 114 fr. 75. Au vu de la nature et de la difficulté de la cause, le temps allégué paraît approprié. Il s'ensuit qu'au tarif horaire de 180 fr., l'indemnité s'élève à 2'295 fr., montant auquel s'ajoutent les débours par 114 fr. 75 et la TVA de 8 % sur le tout, ce qui porte l'indemnité d'office de Me Tony Donnet-Monay à 2'602 fr. 55. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire sera, dans la mesure de l'art. 123 CPC, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité au conseil d'office mis à la charge de l'Etat. 7.3 Vu l'issue du litige, l'appelante versera à l'intimée de pleins dépens de deuxième instance, qui seront

arrêtés, compte tenu de la valeur litigieuse, de l'importance et des difficultés de la cause, ainsi que des opérations nécessaires à la procédure d'appel (art. 3 et 7 TDC [tarif des dépens en matière civile du 23 novembre 2010 ; RSV 270.11.6] ), à 6'000 francs.

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