

VD_FINDINFO Jug / 2010 / 7 vom 3. März 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-03-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Jug___2010___7

FR: VD_FINDINFO Jug / 2010 / 7 du 3 mars 2010

IT: VD_FINDINFO Jug / 2010 / 7 del 3 marzo 2010

Regeste

VIOLATION DE L'OBLIGATION D'ANNONCER, CONTRAT D'ASSURANCE, RISQUE ASSURÉ, INTÉRÊT MORATOIRE | 18 al. 1 CO, 4 LCA, 41 al. 1 LCA, 6 LCA

Erwägungen

E. 21

et 22 LFors. b) La première question à trancher concerne l'existence ou non d'une réticence. La réticence et ses conséquences sont réglées aux art. 4 et 6 LCA. Cette dernière disposition ayant été modifiée par la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 17 décembre 2004 (RO 2005 p. 5245 ss; FF 2003 p. 3353 ss), en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2006, il s'agit de déterminer si c'est l'ancien art. 6 LCA (ci-après art. 6 aLCA) ou le nouvel art. 6 LCA (ci-après art. 6 nLCA) qui prévaut, dès lors que le contrat d'assurance litigieux a été souscrit le 27 février 1995. Les deux parties se sont référées, dans leurs mémoires de droit, à l'art. 6 aLCA. Selon l'art. 6 aLCA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2005, 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. 6 nLCA, 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 (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). La loi révisée ne contient aucune règle de droit transitoire. L'art. 102 al. 4 LCA renvoie aux art. 882 et 883 aCO, lesquels ont été remplacés dès le 1^{er} janvier 1910 par les art. 1 ss du Titre final du Code civil (ci-après Tit. fin. CC). L'application dans le temps de l'art. 6 LCA doit dès lors être résolue par les dispositions générales des art. 1 à 4 Tit. fin. CC (TF 4A_261/2008 consid. 3.1; CCIV 141/2007/PMR du 3 octobre 2007; Kuhn, Vom alten zum teilrevidierten VVG, in Haftung und Versicherung/ Responsabilité et Assurance [HAVE/REAS] 4/2006, pp. 342 ss, spéc. p. 347; Pouget-Hänseler, Anzeigepflichtverletzung : Auswirkungen der Revision auf die Praxis, in HAVE/REAS 1/2006, pp. 26 ss, spéc. p. 32). L'art. 1 Tit. fin. CC pose le principe général de la non-rétroactivité des lois : les effets juridiques de faits antérieurs à l'entrée en vigueur du nouveau droit continuent à être régis par les dispositions du droit sous l'empire duquel

ces faits se sont produits (al. 1^{er}) – principe que l'al. 2 répète en ce qui concerne les effets juridiques des actes accomplis avant l'entrée en vigueur du nouveau droit -, tandis que les faits postérieurs à l'entrée en vigueur du nouveau droit sont régis par celui-ci (al. 3). Le rattachement d'un rapport d'obligation au droit en vigueur au moment de sa constitution, tel que le prévoit l'art. 1 al. 1 Tit. fin. CC, vise à protéger la confiance subjective des parties, qui ont soumis leurs relations à un droit matériel qui leur était connu, et tend aussi à empêcher que des droits valablement acquis par un acte juridique soient enlevés à leur titulaire par le seul effet de la loi (ATF 133 III 105 consid. 2.1.1, rés. in JT 2007 I 135; ATF 126 III 421 consid. 3c/cc, JT 2001 I 160; CCIV 141/2007/PMR du 3 octobre 2007). En dérogation au principe général de non-rétroactivité précisé ci-dessus, l'art. 2 Tit. fin. CC prévoit que les règles établies dans l'intérêt de l'ordre public et des mœurs sont applicables, dès leur entrée en vigueur, à tous les faits pour lesquels la loi n'a pas prévu d'exception (al. 1); en conséquence – ou pour exprimer la même chose sous une forme négative -, les dispositions de l'ancien droit qui, d'après le droit nouveau, sont contraires à l'ordre public ou aux mœurs ne peuvent plus recevoir d'application (al. 2) (ATF 133 III 105 consid. 2.1.2, rés. in JT 2007 I 135). La cour de céans a déjà eu l'occasion de se prononcer sur cette question en relation avec l'art. 6 LCA. Elle est arrivée à la conclusion que l'ancien régime, malgré ses effets négatifs sur la situation des assurés, ne pouvait pas être considéré comme contraire à l'ordre public et aux mœurs (CCIV 67/2008/PBH du 30 mai 2008; CCIV 188/2007/JKR du 17 décembre 2007). Dans plusieurs arrêts postérieurs à l'entrée en vigueur du nouveau droit, le Tribunal fédéral a de son côté appliqué l'art. 6 LCA dans son ancienne teneur à des faits antérieurs au 1^{er} janvier 2006, sans évoquer une éventuelle violation de l'ordre public ou des mœurs (TF 4A_543/2008 du 28 janvier 2009 consid. 2.1; TF 5C.51/2006 du 17 juillet 2006; TF 4A_340/2007 du 21 décembre 2007 consid. 3.1). En l'espèce, la défenderesse prétend qu'il y a eu violation du devoir d'annoncer un fait important de la part de la demanderesse lors de la conclusion du contrat le 27 février 1995 et sur la proposition d'assurance signée le 11 novembre 1994, soit antérieurement à l'entrée en vigueur de l'art. 6 nLCA. De surcroît, la demande de prestations et l'invocation de la réticence ont eu lieu avant l'entrée en vigueur du nouveau droit. C'est donc sous l'angle de l'art. 6 aLCA et des dispositions en vigueur avant le 1^{er} janvier 1997 qu'il faut examiner le litige. c) En vertu 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 être connus lors de la conclusion du contrat (al. 1^{er}); 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). Selon cette disposition, l'assuré n'a une obligation de déclaration qu'en relation avec un questionnaire ou d'autres questions écrites de l'assureur correctement formulées; il n'est pas tenu de déclarer des faits au sujet desquels aucune question n'a été posée (art. 4 al. 1 LCA; TF 5C.5/2005 du 23 juin 2005 consid. 2.2, non publié in ATF 131 III 542; ATF 45 II 218 consid. 3 in fine; Carré, op. cit., ad art. 4 LCA, p. 125 in fine). L'assureur doit rédiger ses questions de sorte qu'elles puissent être comprises de la plupart des gens, sans qu'ils aient à s'enquérir du sens de certaines expressions particulières, sans quoi l'on favoriserait des résiliations qui iraient à l'encontre du principe de la confiance à la base de l'art. 6 LCA (ATF 101 II 339 consid. 2b, JT 1976 I 627; Carré, op. cit., ad art. 4 LCA, p. 142). Il est autorisé à poser des questions sur toutes les circonstances qui sont de nature à influencer sérieusement sa détermination d'accepter ou

de refuser la proposition d'assurance (ATF 68 II 328 consid. 1, JT 1943 I 241; Carré, op. cit., ad art. 4 LCA, p. 125). Partout où l'assureur attache de l'importance aux particularités individuelles du risque, il doit faire usage du droit que la loi lui donne de poser toutes questions écrites au proposant (Carré, op. cit., ad art. 4 LCA, p. 127). Quant au proposant, il doit agir conformément aux règles de la bonne foi en répondant aux questions posées. En relation avec celles-ci, il doit déclarer les faits importants pour l'appréciation du risque qui lui sont connus ou doivent lui être connus lors de la conclusion du contrat (art. 4 al. 1 in fine LCA). 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, il satisfait à son obligation de déclarer, s'il limite strictement ses réponses à la teneur des questions posées (Carré, op. cit., ad art. 4 LCA, p. 127). 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, non publié in ATF 131 III 542). Selon la jurisprudence, il résulte du texte des art. 4 et 6 LCA qu'il ne faut adopter ni un critère purement subjectif, ni un critère purement objectif pour juger si le proposant a rempli ou non son obligation de renseigner. En exigeant du proposant qu'il communique non seulement les faits importants pour l'appréciation du risque qui lui sont effectivement connus, mais aussi les faits importants qui doivent être connus de lui, cette loi institue un critère objectif. Toutefois, pour appliquer ce critère, on tiendra compte des circonstances du cas particulier, notamment des qualités (intelligence, formation, expérience) et de la situation du proposant. Ce qui est finalement 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 : la loi fédérale sur le contrat d'assurance exige du proposant qu'il se demande sérieusement s'il existe un fait qui tombe sous le coup des questions de l'assureur, mais elle n'exige pas de lui qu'il recueille des renseignements sur l'existence d'un pareil fait, ni non plus qu'il se renseigne sur l'existence de faits qu'il ignore, le but de la disposition légale étant simplement d'empêcher que le proposant se mette au bénéfice de son ignorance lorsque celle-ci est volontaire ou coupable; le proposant ne peut d'ailleurs se prévaloir de son ignorance du fait non déclaré que si cette ignorance n'est pas due à une grave négligence de sa part; il remplit l'obligation qui lui est imposée s'il déclare, outre les faits qui lui sont connus sans autre réflexion, ceux qui ne peuvent pas lui échapper s'il réfléchit sérieusement aux questions posées (TF 4A_340/2007 du 21 décembre 2007 consid. 2.2; ATF 118 II 333 consid. 2b, rés. in JT 1996 I 127; ATF 116 II 338 consid. 1c, SJ 1991 p. 17; Carré, op. cit., ad art. 4 LCA, p. 128 et 6 LCA, p. 146; Viret, Droit des assurances privées, 2^{ème} éd., pp. 98 ss). 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; CCIV 141/2007/PMR du 3 octobre 2007; Carré, op. cit., ad art. 6 LCA, p. 146). Par faits importants, on entend tous les éléments qui doivent être considérés 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, mais aussi ceux qui renseignent sur une circonstance particulière au proposant, importante pour l'évaluation de l'ampleur du risque (TF 4A_340/2007 du 21 décembre 2007 consid. 3.2; TF 5C.51/2006 du 17 juillet

2006 consid. 3.1; ATF 118 II 333 consid. 2a, rés. in JT 1996 I 127; Carré, op. cit., ad art. 4 LCA, p. 135). La présomption de l'art. 4 al. 3 LCA, 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 (TF 5C.262/2006 du 28 mai 2008 consid. 4.1; ATF 118 II 333 consid. 2a, rés. in JT 1996 I 127). 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 (TF 4A_543/2008 du 28 janvier 2009 consid. 2.1; TF 5C.262/2006 du 28 mai 2008 consid. 4.1; ATF 99 II 67 consid. 4e, JT 1973 I 572). En raison de la rigueur de la loi à l'art. 6 LCA, qui prévoit la résolution du contrat et non son adaptation, il ne faut admettre l'existence d'une réticence qu'avec la plus grande retenue (TF 4A_340/2007 du 21 décembre 2007 consid. 2.2; TF 5C.103/2005 du 26 septembre 2005 consid. 2.2; ATF 118 II 333 consid. 2b in fine, rés. in JT 1996 I 127; Nef, Basler Kommentar, n. 11 ad art. 6 LCA). La violation du devoir concernant les déclarations obligatoires s'apprécie sans égard à une éventuelle faute du preneur, la question d'une réticence commise dans l'intention d'induire l'assureur en erreur étant en revanche traitée à l'art. 26 LCA (ATF 118 II 333 consid. 2b, rés. in JT 1996 I 127; ATF 116 II 338 consid. 1b, SJ 1991 p. 17; Carré, op. cit., ad art. 6 LCA, p. 145; Nef, op. cit., nn. 9 et 11 ad art. 6 LCA). La preuve de la réticence est à la charge de l'assureur (Carré, op. cit., ad art. 6 LCA, p. 150). d) En l'espèce, la défenderesse reproche à feu D.H. _____ d'avoir répondu par la négative au point 9.e) du questionnaire médical du 30 novembre 1994 portant sur une éventuelle consommation de stupéfiants. Il n'est pas douteux que cette question, claire et précise, que le proposant était capable de comprendre, concerne un fait important pour l'évaluation du risque; elle est présumée importante pour l'assureur. Les demandeurs n'ont pas apporté la preuve que la cocontractante de feu D.H. _____ aurait conclu aux mêmes conditions si celui-ci avait inscrit une éventuelle prise de stupéfiants, de sorte qu'ils n'ont pas renversé la présomption légale. Tous ces éléments ne sont d'ailleurs pas contestés. Il s'agit donc de déterminer si feu D.H. _____ consommait effectivement de la drogue ou en avait déjà consommé, au moment de conclure le contrat litigieux avec T. _____. aa) La défenderesse prétend que feu D.H. _____ absorbait des stupéfiants depuis 1992. A l'appui de cette affirmation, qu'il lui appartient de prouver, elle se fonde exclusivement sur des déclarations du Dr X. _____, se rapportant au séjour de feu D.H. _____ à la clinique de la [...] en juin 2002. Il est constant que ce médecin a fait savoir à la défenderesse, par courrier daté du 9 janvier 2003, que feu D.H. _____ prenait des stupéfiants depuis 1992 (plus précisément de la cocaïne, selon sa lettre du 28 mars 2003 au médecin-conseil de la défenderesse), en se fondant sur le rapport qu'il avait lui-même rédigé le 20 juin 2002 à l'adresse de la Dresse [...]. Le contenu de ce rapport, en particulier l'anamnèse psychiatrique dont ressort la date du début de la consommation litigieuse, provient de sources variées comme le dossier médical, la lettre d'admission, les déclarations du patient ou celles de l'amie qui l'accompagnait lors de son admission. La clinique [...] s'est refusée à produire intégralement le dossier médical de feu D.H. _____, de sorte qu'il est impossible de s'y référer pour savoir exactement de quelle manière le Dr X. _____ est parvenu à la conclusion que ce patient consommait de la cocaïne depuis 1992. La clinique [...] est notamment spécialisée dans le traitement des dépendances et le Dr X. _____ est un spécialiste, toutefois pas en matière de toxicologie, mais de psychiatrie. Il n'en demeure pas

moins que ses constatations ont été effectuées a posteriori , à une époque où la consommation de drogue de feu D.H._____ n'était contestée par personne. En dépit de l'expérience qui pouvait être la sienne, le Dr X._____ n'a pu consigner dans le mot d'admission ou sa lettre du 20 juin 2002 à la Dresse [...] que la résultante des déclarations du patient lui-même ou de son amie. C'est d'ailleurs bien ce qu'il a confirmé dans son courrier du 28 mars 2003 à la défenderesse, qui précise explicitement qu'il a appris l'information litigieuse "en faisant l'entretien d'admission (...) le 7 juin 2002". Or, il est constant que feu D.H._____ était sous l'emprise de la drogue et de l'alcool lorsqu'il a été admis à la clinique de la [...], au point qu'il a été placé dans la division des états psychiatriques aigus. Il n'était pas collaborant et donnait des réponses imprécises, voire fausses, quant à sa toxicomanie. Ses déclarations n'étaient donc que peu fiables à ce moment-là. D'autre part, rien ne permet de retenir que son amie, N._____, qui aurait précisé sa prise de toxiques, le connaissait avant 1999. Dès lors, ce qu'elle a pu déclarer au psychiatre ne pouvait pas résulter de ses constatations directes, s'agissant de la période litigieuse. De plus, elle n'a fait que "préciser" la prise de toxiques du patient, formule vague qui peut aussi bien se rapporter aux types de substances, et/ou à leur quantité, qu'à la durée de la consommation. Le "mot d'admission" du 7 juin 2002 et les constatations qui en ont été tirées ultérieurement ne prouvent dès lors rien du tout. Enfin, même s'il n'est pas exclu que feu D.H._____ ait pu compléter par la suite ses déclarations au Dr X._____, cela ne change rien au fait que ce médecin ait dû s'en remettre à celles-ci; de tels compléments ne sont toutefois pas établis. Dès lors, les affirmations du Dr X._____ constituent un élément de preuve parmi d'autres, qui n'a en aucun cas le poids d'une expertise judiciaire, si tant est qu'il faille le préciser. bb) D'autres médecins ont soigné feu D.H._____ et ont pu recueillir ses déclarations sur sa propre consommation, ou constater celle-ci par d'autres moyens. Il résulte tout d'abord de la réponse du Dr C._____ du 28 janvier 2003 à la défenderesse qu'à la connaissance de ce praticien feu D.H._____ a été traité dès 1996 environ pour consommation de drogue par le Dr B._____, année qui correspond au premier diagnostic posé, dont le patient était informé. Le Dr C._____ est de surcroît constant dans ses observations, puisque le certificat médical du 7 novembre 2002 indique déjà une "dépendance à plusieurs substances" depuis 1996 environ. Le rapport du 29 mars 1997 du Dr B._____ concernant feu D.H._____ mentionne pour sa part que celui-ci a absorbé des stupéfiants durant les six derniers mois de l'année 1996, avant d'arrêter en 1997. Bien que ce médecin ne précise pas de façon littérale que la toxicomanie aurait débuté en 1996, il est clair qu'il entend décrire un épisode de consommation du commencement à sa fin. Il n'est pas allégué que son anamnèse rapporte une consommation antérieure. L'"attestation" du Dr S._____, consulté le 13 juillet 2001, soit bien avant que la défenderesse ne dénonce le contrat, indique que feu D.H._____ aurait déclaré à ce praticien ne pas avoir sniffé de cocaïne avant 1997. Ce point a été confirmé par le témoignage de l'intéressé, qui a précisé avoir relevé dans ses notes que feu D.H._____ consommait de la cocaïne depuis quatre ans. Ainsi donc, pour les Drs C._____, B._____ et S._____, qui ont traité feu D.H._____ pour son addiction, respectivement ont déclaré rapporter ses propos, la consommation de drogue de celui-ci remonterait à 1996 ou 1997. Tous ont indiqué n'avoir pas été consultés durant la période litigieuse, soit entre 1992 et 1995. Ils sont donc dans la même situation de constat a posteriori que le Dr X._____. Le fait qu'ils ne soient pas unanimes sur la date précise du début de la prise des toxiques n'entame pas leur crédibilité. On voit en effet mal pourquoi feu D.H._____ aurait menti à la majorité de ses médecins et dit la vérité à un seul d'entre

eux, le Dr X. _____. On relèvera encore que le Dr [...], également interpellé par la défenderesse, lui a répondu qu'il avait été consulté par feu D.H. _____ en 1993 pour des maux de tête, sans rien mentionner d'autre. Cela corrobore l'absence de consommation de drogue avant la date litigieuse. L'ancien médecin traitant de feu D.H. _____, le Dr L. _____, après avoir seulement relevé le 16 décembre 2002 qu'il avait vu son client en 1999 pour des problèmes de dépression et de drogue, puis avoir écrit le 31 mars 2003 à la défenderesse qu'il ne savait pas quand la consommation de drogue avait débuté, a adressé de plus amples informations à la défenderesse le 15 octobre 2003. Dans ce courrier, qui précise la lettre du 31 mars précédent, il explique que sa connaissance de la consommation de stupéfiants de l'intéressé résulte des déclarations d'amis de celui-ci et de B.H. _____, non de feu D.H. _____ lui-même; sur la base de ces éléments et des consultations de son patient à son cabinet, il considère que la prise de drogue a pu débuter au plus tôt en 1997 et que jusqu'à cette date, une telle consommation, éventuelle, n'aurait pu être qu'occasionnelle et sans incidence sur la vie courante et professionnelle. L'ensemble de ces éléments probants l'emporte sur les déclarations du seul Dr. X. _____. Le déroulement des faits qui en résulte est de surcroît parfaitement cohérent avec le fait que feu D.H. _____ a traversé une période difficile de sa vie dans les années 1996 et 1997. Il était soumis à des pressions professionnelles et conjugales, tout en étant impliqué dans les travaux de réalisation de sa villa familiale. C'est à cette époque qu'il s'est mis à consommer de l'alcool avec excès et que son comportement a fortement changé. C'est au cours des années 1998 et 1999 que sa consommation de drogue a été remarquée par son entourage, avant que la situation ne se dégrade encore pour feu D.H. _____, comme exposé dans l'état de fait (comportements extravagants, hospitalisations). En définitive, l'appréciation des preuves conduit à retenir que feu D.H. _____ n'a commencé à consommer des stupéfiants que postérieurement à la conclusion du contrat concrétisé par la police du 27 février 1995. La réticence invoquée par la défenderesse n'est ainsi pas établie et il convient d'examiner les autres conditions à l'octroi des prétentions des demandeurs. II. a) Celui qui veut déduire des droits du contrat d'assurance doit en prouver l'existence et le contenu (ATF 112 II 245 consid. 1c, rés. in JT 1987 I 614). C'est ainsi qu'aux termes de l'art. 11 al. 1 LCA, l'assureur est tenu de remettre au preneur une police constatant les droits et obligations des parties. L'art. 12 al. 1 LCA dispose que, si la teneur de la police ou des avenants ne concorde pas avec les conventions intervenues, le preneur d'assurance doit en demander la rectification dans les quatre semaines à partir de la réception de l'acte; faute de quoi, la teneur en est considérée comme acceptée. L'écoulement de ce délai sans manifestation du preneur constitue une présomption absolue et irréfragable que la police représente complètement et exactement le contenu du contrat (TF 5C.130/2000 du 4 janvier 2001 consid. 2; TF 5C.60/2001 du 16 août 2001 consid. 3a; Carré, op. cit., ad art. 12 LCA, p. 167; Viret, op. cit., p. 83). Aux termes de l'art. 33 LCA, l'assureur répond de tous les événements qui présentent le caractère du risque contre les conséquences duquel l'assurance a été conclue, à moins que le contrat n'exclue certains événements d'une manière précise, non équivoque. Le Tribunal fédéral a précisé la jurisprudence relative à la preuve de la survenance d'un cas d'assurance. Il a rappelé tout d'abord que, conformément à l'art. 8 CC et si la loi ne prévoit le contraire, il appartient à celui qui fait valoir une prétention de prouver les faits qu'il allègue pour en déduire son droit, alors que la preuve des faits de nature à empêcher, respectivement dénier ou restreindre le droit invoqué incombe à la partie qui prétend dénier le droit invoqué ou qui en conteste la naissance ou la pertinence. Ainsi, la personne titulaire de la prétention - preneur d'assurance, tiers assuré ou bénéficiaire - doit prouver les faits

propres à justifier ses prétentions, soit notamment la survenance du cas assuré, ainsi que l'étendue de la prétention. L'assureur supporte la charge d'établir les faits de nature à justifier une diminution ou une suppression de l'obligation contractuelle (ATF 130 III 321 consid. 3.1, JT 2005 I 618). S'agissant de la survenance d'un cas d'assurance, la jurisprudence considère que l'on se trouve en règle générale dans une situation d'état de nécessité justifiant une réduction à la vraisemblance prépondérante des exigences en matière de preuve. La vraisemblance prépondérante doit être distinguée de la simple vraisemblance, le degré de vraisemblance exigé n'étant pas le même. Un fait est déjà établi comme vraisemblable lorsque certains éléments parlent en faveur de son existence, même si le tribunal tient encore pour possible qu'il ne se soit pas produit. En revanche, les exigences requises pour que l'on retienne un cas de vraisemblance prépondérante sont plus élevées : la possibilité que les choses se soient déroulées différemment n'exclut certes pas la vraisemblance prépondérante, mais elle ne doit pas revêtir une importance significative en l'espèce, ni entrer raisonnablement en considération (ATF 130 III 321 précité consid. 3.2 et 3.3, JT 2005 I 618). L'assureur a un droit - découlant de l'art. 8 CC - d'apporter une contre-preuve. L'objet de la contre-preuve réside dans les faits présentés par l'ayant droit chargé de la preuve principale et s'étend à la crédibilité de ceux-ci. L'assureur peut prétendre à démontrer des circonstances de nature à faire naître des doutes sérieux dans l'esprit du tribunal au sujet de la réalité des faits objets de la preuve principale, et qui soient ainsi aptes à faire échouer cette preuve, de sorte que les allégations principales n'apparaissent plus comme étant d'une vraisemblance supérieure. Si l'assureur y parvient, la preuve principale est mise en échec (TF 5C.75/2005 du 11 mai 2005 consid. 2.1; ATF 130 III 321 précité consid. 3.4 et 3.5, JT 2005 I 618). En l'espèce, la défenderesse a soulevé divers moyens relatifs à la survenance du cas d'assurance. b) La défenderesse soutient tout d'abord que les demandeurs auraient dû établir non seulement une incapacité de gain, mais encore une perte de gain effective. L'incapacité de travail est un élément de la définition de l'invalidité, selon l'art. 88 al. 1 LCA. Cette disposition est de droit dispositif, de sorte que les parties peuvent en cette matière fixer des règles contractuelles concernant la manière d'évaluer l'incapacité de travail (Carré, op. cit., ad art. 1 LCA, p. 94). Pour évaluer l'incapacité de travail, il convient de se référer à une notion générale et abstraite de l'incapacité à exercer une activité lucrative (barèmes dits médico-théoriques), selon des critères médicaux, et sans égard à une profession particulière, du moins dans la mesure où le contrat d'assurance ne se réfère pas à une estimation concrète de l'incapacité de travail (Carré, op. cit., ad art. 88 LCA, pp. 441 s.). De plus, la notion d'incapacité de travail en assurance accidents doit être distinguée de celle qui prévaut en matière de responsabilité civile. En effet, alors que la responsabilité civile oblige à une réparation concrète en fonction d'un dommage économique, le contrat d'assurance peut prévoir une allocation journalière indépendamment de tout dommage, uniquement en fonction de l'incapacité médicale de travail (Brehm, L'assurance privée contre les accidents, n. 383). Dans un arrêt qui se réfère (sur un autre point) à la jurisprudence non publiée citée à l'appui de la thèse défendue par la défenderesse, le Tribunal fédéral a considéré que, dans certains contrats d'assurance d'incapacité de gain à la suite d'un accident ou une maladie, le risque couvert est la perte de revenus, de façon analogue à une assurance de dommage, et non seulement l'incapacité de gain théorique; dans ce cas, un dommage concret doit être démontré sous la forme d'une perte de gain. Toutefois, une telle configuration résulte exclusivement de l'interprétation des conditions générales, qui dans cet arrêt précisaient que "l'incapacité de gain existe lorsque l'assuré n'est plus en mesure d'exercer son métier ou une autre activité

lucrative correspondant à sa position, ses connaissances et ses aptitudes et lorsque, dans le même temps, il subit un déficit dans ses revenus (Verdienstausfall) ou une perte d'argent équivalente (gleichwertigen Geldverlust)" (TF 5C.21/2007 du 20 avril 2007 consid. 2 et 3.2). Ainsi, certaines conditions générales d'assurances stipulent une condition additionnelle à la seule incapacité de travail médico-théorique et d'autres non, ce qui peut conduire à des solutions différentes quant aux éléments à établir. Il convient donc d'interpréter, dans chaque espèce, la convention des parties. De jurisprudence constante, les principes généraux de l'interprétation des contrats s'appliquent au contrat d'assurance, la LCA ne contenant pas de règles d'interprétation des contrats et renvoyant, à son art. 100 al. 1, au Code des obligations (TF 5C.208/2006 du 8 janvier 2007 consid. 2.1; ATF 118 II 342 consid. 1a, rés. in JT 1996 I 128; ATF 112 II 245 consid. 1c, rés in JT 1987 I 614). Pour apprécier les clauses d'un contrat, le juge doit recourir en premier lieu à l'interprétation dite subjective, c'est-à-dire rechercher la "réelle et commune intention des parties", le cas échéant empiriquement, sur la base d'indices (art. 18 al. 1 CO). S'il ne parvient pas à établir avec sûreté cette volonté effective, ou s'il constate que l'un des cocontractants n'a pas compris la volonté réelle exprimée par l'autre, il recherchera le sens que les parties pouvaient et devaient donner, selon les règles de la bonne foi, à leurs manifestations de volonté réciproques en fonction de l'ensemble des circonstances, étant rappelé que ce principe permet d'imputer à une partie le sens objectif de sa déclaration ou de son comportement, même s'il ne correspond pas à sa volonté intime (application du principe de la confiance). Même si la teneur d'une clause contractuelle paraît claire à première vue, il peut résulter d'autres conditions du contrat, du but poursuivi par les parties ou d'autres circonstances que son texte ne restitue pas le sens de l'accord conclu; cependant, il n'y a pas lieu de s'écarter du sens littéral lorsqu'il n'y a pas de raisons sérieuses de penser qu'il ne correspond pas à leur volonté (TF 5C.208/2006 du 8 janvier 2007 consid. 2.1; ATF 131 III 606 consid. 4.1 et 4.2, rés. in JT 2006 I 126). En l'occurrence, l'article 29 des conditions générales définit l'incapacité de gain comme le fait d'être hors d'état d'exercer une activité lucrative. Il ne mentionne pas, à la différence de l'exemple tiré de la jurisprudence fédérale citée ci-dessus, que l'assuré doit subir, dans le même temps, une baisse de revenus ou une perte d'argent. Sa rédaction, presque identique pour le surplus, ne comporte pas cette seconde condition. Au chiffre suivant de cette disposition figure un barème des prestations en fonction du taux d'invalidité. Le sens de ces clauses est clair et aucun élément venant les préciser ou les contredire n'apparaît au dossier; il n'est pas allégué non plus que les parties entendaient en réalité stipuler autre chose. La défenderesse invoque uniquement, en réalité, la différence entre les expressions "incapacité de travail" et "incapacité de gain", pour se référer, à tort, aux principes d'indemnisation en matière de responsabilité civile. En l'espèce toutefois, on ne voit en effet pas en quoi les termes d'"incapacité de gain" impliqueraient, de façon clairement compréhensible pour le cocontractant, qu'il faille prouver une diminution concrète et chiffrée des revenus pour avoir droit aux prestations convenues. Il lui suffit d'établir, au degré requis et dans la mesure prévue par le contrat, son incapacité à exercer une activité lucrative, sans égard au montant précis de ses revenus. c) Dans un deuxième moyen, la défenderesse met en doute la portée des certificats médicaux produits par les demandeurs. S'agissant de la force probante d'un certificat médical, la jurisprudence et la doctrine retiennent que, dans les rapports entre employeur et travailleur, un certificat médical, s'il ne constitue pas un moyen de preuve absolu, emporte néanmoins la présomption de son exactitude (TF 4C.346/2004 du 15 février 2005 consid. 4.1 et 4.2; Subilia, Le juge civil face à l'incapacité de travail ou le pêcheur sans filet – Le certificat

médical [de complaisance] à l'épreuve de la procédure civile, in *Revue suisse de procédure civile* [RSPC] 2007, pp. 413 ss, spéc. pp. 419 ss; Wyler, *Droit du travail*, 2 e éd. p. 568; Brunner/Bühler/Waeber/Bruchez, *Commentaire du contrat de travail*, 3 e éd., n. 3 ad art. 324a CO). Ainsi, lorsque le certificat est fourni "pour une durée prévisible" (*voraussichtlich*), sans être confirmé par la suite, que le travailleur accomplit spontanément une journée de travail supérieure à l'horaire habituel pendant la période ainsi couverte et que le médecin précise plus de deux mois plus tard, à la demande du conseil du travailleur, mais sans revoir celui-ci pour l'examiner, qu'il entendait une durée ferme de l'incapacité, il n'est pas arbitraire de s'écarter du certificat médical (arrêt du Tribunal fédéral du 9 juin 2005 dans la cause 4P.101/2005, c. 5). D'autre part, de jurisprudence constante, si l'employé montre par son comportement qu'il est complètement apte au travail, le certificat médical ne peut plus démontrer son incapacité (arrêt 4P.101/2005 précité, c. 6; voir aussi les jurisprudences cantonales parues in *Jahrbuch des schweizerischen Arbeitsrechts* [JAR] 1997, pp. 132 ss, spéc. p. 133, JAR 1993 p. 144 et JAR 1980 p. 209). Toutefois, en dehors de tels cas, la mise en doute de la véracité d'un certificat médical suppose des raisons sérieuses et des circonstances particulières (Staehelin, *Zürcher Kommentar*, n° 10 ad art. 324a CO; Brunner/Bühler/Waeber/Bruchez, *op. cit.*, n. 3 ad art. 324a CO). Cette question ne doit pas être tranchée différemment dans les rapports entre assuré et assurance, s'agissant de la couverture d'assurance pour incapacité de gain (CCIV 48/2005/PBH du 18 mars 2005). En l'espèce, les demandeurs ont produit plusieurs certificats médicaux émanant de différents médecins. Aucun élément, qu'il soit propre à ces certificats ou leur soit extérieur, n'est allégué ou démontré pour les mettre en doute, la défenderesse se contentant d'une remarque générale sur le fait qu'ils émanent prétendument des médecins traitants de feu D.H._____. Dans ces conditions, la force probante de ces certificats est suffisante pour établir l'incapacité de travail de feu D.H._____, en d'autres termes la survenance du sinistre, au degré requis de la vraisemblance prépondérante, la défenderesse n'ayant pas tenté de fournir une contre-preuve. Au surplus, on voit mal que, vu le type d'affection dont il souffrait, il lui ait été possible d'exercer une activité lucrative, à plus forte raison durant les nombreuses hospitalisations dans des cliniques spécialisées qui ont émaillé ses périodes d'incapacité de travail. En définitive, la défenderesse est tenue de fournir sa prestation, le risque assuré s'étant réalisé. III. a) La police d'assurance du 27 février 1995 prévoit le versement d'une rente annuelle de 60'000 fr., soit 164 fr. 40 par jour (60'000 / 365), ou 163 fr. 95 les années bissextiles, soit en 2004 (60'000 / 366), après un délai d'attente de 90 jours. Il ressort de l'article 29 chiffre 3 des conditions générales que la rente est servie entièrement pour un taux de 80 % d'incapacité et pour moitié si ce taux est de 50 %. D'éventuelles dispositions des conditions générales impliquant un autre mode de calcul n'ont pas été alléguées. Le certificat médical du Dr C._____ du 7 novembre 2002 atteste une incapacité de gain à 100 % dès le 7 juin 2002, encore en cours au moment de son établissement, couvrant deux hospitalisations (à la [...] du 7 au 19 juin 2002 et à la clinique [...] du 1 er au 21 octobre 2002). Bien que ce document mentionne que l'incapacité était toujours en cours le 7 novembre 2002 et qu'elle se soit certainement prolongée, aucun certificat ultérieur ne couvre la période immédiatement postérieure; le formulaire rempli par le Dr L._____ le 16 décembre 2002 ne suffit pas à combler cette lacune, dans la mesure où il ne constitue pas à proprement parler un certificat médical, mais un document informatif destiné à l'assureur, et où il contredit l'attestation du Dr C._____ en fixant le taux d'incapacité de gain à 50%; enfin, il ne tient pas compte de deux séjours hospitaliers où cette incapacité était forcément de 100 %; en outre, dans sa lettre du 15 octobre 2003, ce

médecin a précisé ne plus avoir suivi feu D.H. _____ depuis le mois de janvier 2000. On arrêtera donc le calcul de cette première phase d'incapacité au 7 novembre 2002 inclus, ce qui donne, depuis le 7 juin 2002, 154 jours (24 + 31 + 31 + 30 + 31 + 7). Compte tenu du délai d'attente de 90 jours, qui doivent encore être déduits, on aboutit à un reliquat de 64 jours (154 – 90), donnant droit à une rente de 10'521 fr. 60 (64 x 164.40). La deuxième période d'incapacité à 100 % s'est étendue du 3 mars au 21 juin 2003, compte tenu d'un séjour à la clinique [...] jusqu'au 17 mars, d'un certificat médical jusqu'au 30 mars, d'un séjour à la Fondation de [...] du 21 mars au 22 avril, puis d'un certificat jusqu'au 21 juin 2003. Cela représente en tout 111 jours (29 + 30 + 31 + 21), soit une rente de 18'248 fr. 40 (111 x 164.4). Un certificat médical atteste encore d'une incapacité de travail à 100 % du 1^{er} au 31 juillet 2003, soit 31 jours multipliés par 164 fr. 40, donnant droit à une rente de 5'096 fr. 40. Une quatrième incapacité de travail a pris place en 2003, lors du séjour de feu D.H. _____ à la Fondation de [...] du 12 novembre 2003 au 3 janvier 2004, soit 50 jours (19 + 31) jusqu'au 31 décembre 2003, indemnisés 8'220 fr. (50 x 164.4), puis 3 jours en 2004. Comme cette hospitalisation a été suivie d'une incapacité de travail à 100 % jusqu'au 31 mars 2004, il faut compter en tout 91 jours (31 + 29 + 31) sur l'année 2004 pour cette quatrième période. S'agissant d'une année bissextile, l'indemnité est de 14'919 fr. 45 (163.95 x 91). Dès le 1^{er} avril 2004, feu D.H. _____ est resté incapable de travailler à 50 % jusqu'au 31 octobre 2004, selon les certificats médicaux produits, soit sur une période de 214 jours (30 + 31 + 30 + 31 + 31 + 30 + 31). Cela donnerait droit à une indemnité pleine de 35'085 fr. 30 (214 x 163.95), qui doit être divisée par deux pour correspondre au taux d'incapacité de gain, donc en définitive 17'542 fr. 65. Enfin, du 1^{er} au 30 novembre 2004, date contractuelle de la fin du versement de la rente, un certificat médical constate une incapacité de travail à 80 %, qui donne droit à des indemnités entières selon les conditions générales. Ces 30 jours payés à 163 fr. 95 appellent une rente de 4'918 fr. 50. En tout, les rentes dues pour les années 2002 à 2004 s'élèvent à 79'467 francs (10'521 fr. 60 + 18'248 fr. 40 + 5'096 fr. 40 + 8'220 fr. + 14'919 fr. 45 + 17'542 fr. 65 + 4'918 fr. 50). b) L'art. 41 al. 1 LCA dispose que la créance qui résulte du contrat est échue quatre semaines après le moment où l'assureur a reçu les renseignements de nature à lui permettre de se convaincre du bien-fondé de la prétention. Ce délai est accordé à l'assureur pour résoudre les éventuelles questions de droit que peut poser le sinistre. Au surplus, la demeure de l'assureur suit en principe les règles générales du droit des obligations, nécessitant une interpellation (TF 4A_491/2007 du 19 juin 2009 consid. 8.2; Carré, op. cit., ad 41 LCA p. 301). La question de l'échéance du versement de la somme en cas d'invalidité est réglée de manière particulière par l'art. 88 LCA : "le capital doit être calculé et payé, d'après la somme assurée pour invalidité, dès que les conséquences probablement permanentes de l'accident ont été définitivement constatées". Cette réglementation déroge à l'art. 41 LCA, en ce sens que l'assureur ne bénéficie pas, formellement, d'un délai de délibération, une fois que cette constatation a eu lieu. Toutefois, même sous l'empire de l'art. 41 LCA, si l'assureur refuse définitivement, à tort, d'allouer ses prestations, le délai de délibération est superflu et une interpellation n'est pas nécessaire : l'exigibilité et la demeure sont immédiatement réalisées (TF 4A_307/2008 du 27 novembre 2008 consid. 6.3.1; TF 5C.18/2006 du 18 octobre 2006 consid. 6.1; Nef, Commentaire bâlois, n. 20 in fine ad art. 41 LCA). Le dépôt d'une demande en justice vaut interpellation et les intérêts moratoires sont dus dès le lendemain du jour où la demande en justice ou l'augmentation de conclusions a été notifiée au débiteur (TF 5C.177/2005 du 25 février 2006 consid. 61 et 6.2). En l'occurrence, feu D.H. _____ n'a pas mis la défenderesse en demeure de payer

avant d'ouvrir la présente action. De plus, hormis le certificat médical du Dr C. _____ du 7 novembre 2002, dont la défenderesse a accusé réception, il n'est ni allégué ni établi qu'elle ait reçu les certificats médicaux attestant des incapacités de gain avant d'avoir pu prendre connaissance des écritures du présent procès. Il ne saurait dès lors être question de faire courir des intérêts moratoires avant ce moment. Toutefois, comme la défenderesse avait alors déjà refusé définitivement ses prestations (notamment par courriers des 3 et 28 juillet 2003), un délai de réflexion était superflu et la créance était immédiatement exigible. Par conséquent, le point de départ des intérêts moratoires, au taux légal de 5 % l'an, est donc le 18 décembre 2004, soit le lendemain du jour où la défenderesse a retiré la demande qui lui a été notifiée, le 17 décembre 2004. La défenderesse doit donc être condamnée à payer le montant de 79'467 fr. avec intérêt à 5 % l'an dès le 18 décembre 2004. c) Les demandeurs ont pris une conclusion constatatoire (I) en maintien du contrat. La conclusion en paiement devant être admise dans la mesure indiquée ci-dessus, la conclusion purement constatatoire est dénuée d'intérêt et doit être rejetée dans la mesure de sa recevabilité (ATF 106 III 118 consid. 2, rés. in JT 1982 II 51; CCIV 173/2008/PBH du 16 décembre 2008 consid. II c). Les héritiers acquièrent de plein droit l'universalité de la succession (art. 560 al. 1 CC); sauf répudiation de celle-ci, ils prennent la place du défunt au procès (art. 63 CPC; Hohl, Procédure civile, tome I, n. 670). Dans les procès de la succession contre les tiers, les héritiers agissent comme des Consorts nécessaires (Steinauer, Le droit des successions, n. 1228) et ont une créance commune (Tercier, Le droit des obligations, 4 e éd., n. 1652). La défenderesse doit ainsi verser le montant qui précède aux trois demandeurs ensemble ou en mains d'un représentant commun. IV. En vertu de l'article 92 CPC, les dépens sont alloués à la partie qui a obtenu l'adjudication de ses conclusions (al. 1). Lorsque aucune des parties n'obtient entièrement gain de cause, le juge peut réduire les dépens ou les compenser (al. 2). Ces dépens comprennent principalement les frais de justice payés par la partie, les honoraires et les débours de son avocat (art. 91 litt. a et c CPC). Les frais de justice englobent l'émolument de justice, ainsi que les frais de mesures probatoires. Les honoraires d'avocat sont fixés selon le tarif des honoraires d'avocat dus à titre de dépens du 17 juin 1986 (RSV 177.11.3). Les débours consistent dans le paiement d'une somme d'argent précise pour une opération déterminée (timbres, taxes, estampilles). A l'issue d'un litige, le juge doit rechercher lequel des plaideurs gagne le procès sur le principe et lui allouer une certaine somme en remboursement de ses frais, à la charge du plaideur perdant, et non répartir les dépens proportionnellement aux montants alloués (Poudret/Haldy/Tappy, op. cit., n. 3 ad art. 92 CPC). Selon l'article 5 du tarif des frais judiciaires en matière civile du 4 décembre 1984 (RSV 270.11.5), lorsque plusieurs personnes agissent ensemble comme une seule partie, elles répondent solidairement des frais de justice. En outre, elles sont créancières solidaires des dépens qui leur sont attribués (Poudret/Haldy/Tappy, op. cit., n. 7.6 ad art. 92 CPC). En l'espèce, les demandeurs obtiennent gain de cause sur le principe. Toutefois, leurs prétentions sont réduites sur une partie de la quotité demandée et les intérêts moratoires. Ils ont donc droit à des dépens réduits d'un quart, solidairement entre eux, à la charge de la défenderesse, qu'il convient d'arrêter à, savoir : a) 15'000 fr. à titre de participation aux trois quarts des honoraires de leur conseil; b) 750 fr. pour les débours de celui-ci; c) 4'972 fr. 50 en remboursement des trois quarts de leur coupon de justice.