

VD_FINDINFO Jug / 2014 / 86 vom 5. September 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-09-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Jug___2014___86

FR: VD_FINDINFO Jug / 2014 / 86 du 5 septembre 2014

IT: VD_FINDINFO Jug / 2014 / 86 del 5 settembre 2014

Regeste

CONTRAT D'ASSURANCE, LOI FÉDÉRALE SUR LE CONTRAT D'ASSURANCE, VIOLATION DE L'OBLIGATION D'ANNONCER | 102 LCA, 4 LCA, 6 LCA

Erwägungen

E. 28

octobre 2005. 1) La défenderesse reproche à la demanderesse d'avoir répondu par la négative à la question 13 libellée ainsi: «Présentez-vous actuellement une affection quelconque ?». La formulation de cette question n'est pas suffisamment précise. En effet, le terme « affection » est très large et peut recouvrir de nombreux états de santé. Cela n'est toutefois pas déterminant en l'espèce, dès lors qu'il résulte de l'instruction que la demanderesse n'a eu connaissance du diagnostic de sclérose en plaques qu'au mois d'avril 2008, et qu'elle n'a ainsi pas pu le signaler dans le cadre de la conclusion du contrat litigieux. En effet, s'il apparaît que la demanderesse a connu depuis avant 2003 une diminution de sensibilité de la plante des pieds, des paresthésies de ceux-ci, un manque d'équilibre, un épisode de parésie des membres inférieurs, des lombalgies chroniques, une discopathie pluri-étagée, des épisodes de vertiges rotatoires entraînant d'importantes difficultés à la marche, une sensation de fatigue récurrente, une décompensation psychotique, et que la Dresse Stalder estime que le développement progressif des troubles a lieu depuis 2004-2005, voire 2003, ce que le Dr H. _____ a confirmé dans son rapport médical du 23 juin 2008 adressé à l'Office AI, avançant même l'année 2000 s'agissant des symptômes non spécifiques, l'expert judiciaire a retenu qu'il ne fait aucun doute que la demanderesse n'était pas au courant de son diagnostic de sclérose en plaques avant les mois de mars/avril 2008. Au surplus, si tous les médecins consultés ne se doutaient pas de la maladie dont souffrait la demanderesse, on ne peut soutenir que cette dernière devait, elle, la soupçonner. Il n'y a donc pas eu de cas de réticence s'agissant de la question 13 du questionnaire de santé. 2) La défenderesse reproche à la demanderesse d'avoir seulement indiqué qu'elle souffrait de ménopause précoce à la question 17.1 libellée ainsi : « Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de l'une des maladies mentionnées ci-dessous (affections des articulations, de la colonne vertébrale; affections discales, maux de dos, sciatique; affections des yeux ou des oreilles; dépressions, affections mentales ou nerveuses (en particulier tentative de suicide) ? ». Comme relevé ci-dessus, il ressort de l'état de fait que la demanderesse a connu depuis avant 2003 une diminution de sensibilité de la plante des pieds, des paresthésies de ceux-ci, un manque d'équilibre, un épisode de parésie des membres inférieurs, des lombalgies chroniques, une discopathie pluri-étagée, des épisodes de vertiges rotatoires entraînant d'importantes difficultés à la marche et une sensation de fatigue récurrente. En outre, elle est atteinte d'une anomalie chromosomique ayant entraîné des troubles hormonaux, en particulier gynécologiques, et elle a été traitée pour un état

anxio-dépressif ainsi que des tocs. Depuis 2001, soit antérieurement à la conclusion du contrat litigieux, la demanderesse a en effet été suivie par le Dr H. _____ pour des problèmes anxio-dépressifs récidivants, une tendance boulimique et des troubles digestifs. Dans son rapport du 23 juin 2008 adressé à l'Office AI, le Dr H. _____ a mentionné que cet état, existant depuis la jeunesse, était encore présent, qu'il suivait la demanderesse depuis le 5 novembre 2001 et que la dernière consultation avait eu lieu le 10 juin 2008. Il a également relevé que la demanderesse bénéficiait d'un suivi de thérapie de soutien et qu'elle prenait des anti-dépresseurs "ces dernières années", même si elle n'a jamais été mise en incapacité de travail pour ces affections et que son état anxio-dépressif n'est pas lié à son affection neurologique. Quant au Dr Michel Pithon, il a déclaré avoir traité la demanderesse du 13 janvier 1994 au 5 août 2005. Il a expliqué qu'elle a souffert de lombalgies banales en 1996 et 1998, d'un état dépressif avec épuisement en 2000, de lombalgies chroniques en 2001 et de lombosciatalgies avec parésies atypiques du membre inférieur gauche en 2001. Le rapport de l'IRM effectué le 30 janvier 2001 confirme par ailleurs que la demanderesse souffrait d'une discopathie sévère L4-L5 engendrant une dégénérescence graisseuse de l'os sous-chondral des plateaux adjacents au disque et une discopathie très modérée L3-L4 et L5-S1. L'expert judiciaire a également confirmé que la demanderesse souffrait d'un état anxio-dépressif récurrent présent depuis sa jeunesse, de cervico-scapulalgies, de lombalgies depuis l'âge de 25-30 ans s'étant compliquées de sciatalgies ou de pseudo-sciatalgies, de troubles digestifs, qu'elle a subi des opérations pour strabisme sur un œil, une laparoscopie, une amygdalectomie et une bartholinite. Il a relevé que l'atteinte récidivante du système locomoteur dont la demanderesse souffre sous forme de rachialgies cervico-lombaires voire de sciatalgies et de scapulalgies droites, ne sont pas mentionnées dans le questionnaire, tout comme les troubles digestifs, les opérations pour strabisme sur un œil, la laparoscopie, l'amygdalectomie et la bartholinite, ceci alors que la demanderesse ne pouvait pas en ignorer l'existence. S'agissant de son état anxio-dépressif récurrent, l'expert a constaté qu'il n'a pas non plus été mentionné par la demanderesse dans le questionnaire, même s'il n'a aucun lien direct avec la maladie diagnostiquée au mois d'avril 2008. Il apparaît ainsi que les conditions objective et subjective de la réticence sont remplies ici, s'agissant de la question 17.1, dès lors que la demanderesse a passé sous silence avoir souffert de discopathies et d'un état dépressif connus, ceci alors que ces problèmes de santé faisaient l'objet d'une question expresse. 3) La défenderesse reproche à la demanderesse d'avoir répondu par la négative à la question 17.2 libellée ainsi : «Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de quelque autre trouble que ce soit ?». Cette question est large et laisse la place à tout un chacun d'interpréter différemment le terme « trouble » utilisé. Comme mentionné ci-dessus, à la question 17.1, la demanderesse n'a pas mentionné dans le questionnaire avoir souffert et souffrir de divers maux de dos, ni de troubles anxio-dépressifs. Si les médecins consultés n'ont pas accordé d'importance à la paresthésie dont elle a souffert et que certains de ces troubles ne sont pas en lien avec la sclérose en plaques, il s'agit toutefois d'éléments médicaux qui n'ont pas été mentionnés dans le questionnaire du 28 octobre 2005. 4) La défenderesse reproche à la demanderesse de n'avoir pas mentionné son suivi auprès du Dr H. _____ pour des problèmes anxio-dépressifs et d'avoir omis de mentionner ses consultations auprès du Dr Ferrara dans le cadre de la question 17.3 libellée ainsi : « Avez-vous été traité(e) par un médecin ? ». Comme mentionné ci-dessus, la demanderesse a consulté le Dr H. _____ depuis 2001 pour des problèmes anxio-dépressifs récidivants, ceci en tous les cas jusqu'au mois de juin 2008. S'agissant du suivi endocrinologique de la demanderesse, il ressort de l'instruction que cette dernière a en outre régulièrement consulté

le Dr Jean-Marc Ferrara pour aménorrhée secondaire de 1995 à 2004, la dernière consultation datant de 2004. Selon ce médecin, la demanderesse souffre d'une anomalie chromosomique dont les premiers symptômes sont apparus en 1980 environ et elle a dû suivre un traitement oestro-progestatif. Elle a été mise au courant du diagnostic le 6 juin 1995. La dernière prescription médicamenteuse date de 2003. Il apparaît que le suivi endocrinologique par le Dr Jean-Marc Ferrara a trait au problème de ménopause précoce de la demanderesse dont l'origine est l'anomalie chromosomique dont elle souffre. Cette anomalie et les troubles hormonaux sont donc à mettre en lien direct avec la ménopause précoce que la demanderesse a mentionnée dans le questionnaire de santé. Cet élément, alors connu de la défenderesse, n'a pas fait l'objet d'une réserve de la part de cette dernière dans le cadre de la conclusion du contrat litigieux. Il ne peut donc être reproché à la demanderesse d'avoir omis d'indiquer qu'elle était suivie par le Dr Jean-Marc Ferrara. 5) La défenderesse reproche à la demanderesse de n'avoir pas indiqué qu'elle avait subi en 2001 une imagerie par résonance magnétique (IRM) dans le cadre de la question 18 libellée ainsi : « Afin de poser ou de préciser un diagnostic, avez-vous déjà dû vous soumettre à des examens ou traitements particuliers tels que : (...), o) imagerie par résonance magnétique (IRM), (...), ? ». Il ressort du dossier que le 30 janvier 2001, la demanderesse, qui présentait un épisode transitoire de parésie des membres inférieurs prédominants à gauche décrite comme atypique, a subi une IRM à la Clinique Cécil à Lausanne. Dit examen a alors révélé une discopathie pluri-étagée de L3 à S1, sévère en L4-L5, engendrant une dégénérescence graisseuse de l'os sous-chondral des plateaux adjacents au disque, et très modérée L3-L4 et L5-S1. Si cet examen faisait suite à un épisode transitoire de parésie, au sujet duquel le Dr H. _____ a déclaré qu'il n'y a pas eu alors de pathologie déclarée, qu'il n'y a pas eu de traitement lié à des troubles neurologiques et que ces troubles ont disparu sans traitement, la demanderesse ne pouvait omettre de signaler qu'elle avait subi une IRM, question précisément posée par l'assureur. 6) La défenderesse reproche à la demanderesse d'avoir seulement indiqué que des médicaments de substitution hormonale lui avaient été prescrits à l'exclusion d'autres médicaments dans le cadre de la question 21 libellée ainsi : « Des médicaments autres que d'éventuels moyens de contraception vous sont-ils ou vous ont-ils été prescrits au cours des 5 dernières années ? ». Dans son rapport du 30 juillet 2009 adressé à la défenderesse, le Dr H. _____ a pourtant mentionné qu'il lui a prescrit depuis 2001 un traitement médicamenteux s'agissant de ses problèmes anxio-dépressifs, soit d'un traitement associant anti-dépresseurs, traitements pour le sommeil et anxiolytique diurne. A la date de son rapport, le médecin indiquait que la demanderesse était encore au bénéfice d'un traitement léger permettant de stabiliser son humeur. c) Parties ont en revanche admis que la défenderesse n'a jamais fait mention des problèmes aux yeux de la demanderesse avant le dépôt de sa réponse, procédure dans laquelle elle les a invoqués pour la première fois et qu'elle n'a donc pas fait valoir ces faits dans le délai de quatre semaines imparti par l'art. 6 aLCA. Les éléments relatifs aux problèmes ophtalmologiques de la demanderesse ne sont donc pas examinés ici. d) Au vu de ce qui précède, il apparaît que si la demanderesse pouvait ignorer de bonne foi qu'elle souffrait d'une sclérose en plaques, diagnostic dont elle n'a eu connaissance que postérieurement à la conclusion du contrat litigieux, et qu'elle a en revanche mentionné souffrir de ménopause précoce dont l'origine est une anomalie chromosomique, il n'en va pas de même des discopathies et de son état anxio-dépressif dont elle a souffert et qui l'ont amenée à consulter des médecins, à suivre des traitements médicamenteux ainsi que des examens médicaux, qui ne pouvaient être considérés comme passagers et sans importance. Elle aurait dès lors dû les indiquer dans le questionnaire de

santé soumis par la défenderesse. La demanderesse était à même de se rendre compte que la défenderesse n'aurait pas manqué d'étudier ces éléments en détail afin d'évaluer les éventuels risques d'incapacités de travail ultérieures. Dès lors, en omettant de répondre de manière complète aux questions claires et précises de l'assureur portant sur des faits qu'elle devait reconnaître comme importants et de nature à influencer sur la volonté de la défenderesse de conclure, la demanderesse a violé son obligation découlant de l'art. 4 LCA. Le cas de réticence est ainsi réalisé. IV. a) La demanderesse conteste que la défenderesse ait invoqué la réticence en temps utile. Elle fait valoir que la défenderesse était au courant dès le 12 septembre 2008 ou le 20 mars 2009 au plus tard (lettres du Dr H. _____ à la société [...]) des éléments invoqués pour fonder la réticence. Selon la demanderesse, il faut imputer la connaissance qu'avait la société [...] de ces faits à la défenderesse, qui aurait dès lors tardivement invoqué la réticence le 30 juillet 2009. La défenderesse soutient en revanche n'avoir été suffisamment informée pour être en mesure de motiver le cas de réticence qu'à réception des pièces médicales versées au dossier AI reçu le 16 juillet 2009 et qui l'informait de l'état de santé de la demanderesse (état anxio-dépressif récidivant, lombalgies, discopathie, anomalie chromosomique ayant entraîné des troubles hormonaux et un suivi endocrinologique, dysesthésie des membres inférieurs, examen IRM en 2001 en raison des lombalgies et des dysesthésies des membres inférieurs). Le 30 juillet 2009, elle a dès lors adressé un courrier à la demanderesse pour l'informer de sa volonté de résilier le contrat d'assurance. Partant, elle considère avoir agi dans le délai légal de quatre semaines. b) Conformément à l'art. 6 aLCA, l'assureur qui entend se départir du contrat doit le faire dans les quatre semaines à partir du moment où il a eu connaissance de la réticence. Il s'agit d'un délai de péremption, qui peut intervenir après la survenance du sinistre et qui ne commence à courir que lorsque l'assureur est complètement orienté sur tous les points touchant la réticence, et non pas dès ses premiers soupçons, même si ces derniers sont graves. L'assureur agit donc en temps utile lorsqu'il cherche des informations précises et ne se départ du contrat que dans les quatre semaines suivant leur réception. En outre, le délai ne court qu'à partir d'une connaissance positive – ou objective – de la réticence, et non dès le moment où l'assureur aurait dû la connaître, car le législateur s'est référé à un point de départ strictement objectif (la connaissance), et non à un élément subjectif (obligation d'user de diligence) (TF 4A_54/2011 du 27 avril 2011 c. 2.4 ; TF 4A_579/2009 du 1^{er} février 2010 c. 2.6). Le délai ne commence donc à courir que lorsque l'assureur reçoit des renseignements dignes de foi sur des faits dont il peut déduire avec certitude qu'une réticence a été commise (ATF 118 II 333 c. 3a précité, rés. in JT 1996 I 127). L'assureur agit en revanche tardivement s'il est orienté mais qu'il recherche encore de nouveaux renseignements qui n'ont d'autre effet que celui de confirmer ce qu'il sait déjà. Il appartient enfin à l'assureur de prouver le respect du délai pour se prévaloir d'une réticence (TF 4A_177/2008 du 14 octobre 2008 c. 6 ; TF 5C.115/2006 du 18 octobre 2006 c. 2 ; ATF 118 II 333 c. 3 précité, rés. in JT 1996 I 127; ATF 116 V 218 c. 6; Carré, Loi fédérale sur le contrat d'assurance, édition annotée, pp. 148 ss; Viret, Droit des assurances privées, 2^e éd., p. 102; Nef, Basler Kommentar, n. 22 ad art. 6 LCA). c) Selon l'art. 8 aLCA, malgré la réticence, l'assureur ne pourra pas se départir du contrat notamment s'il connaissait ou devait connaître le fait qui n'a pas été déclaré (ch. 3) ou s'il connaissait ou devait connaître exactement le fait qui a été inexactly déclaré (ch. 4). Lorsque le fait non déclaré ou inexactly déclaré est connu de l'agent, il faut déterminer les pouvoirs et attributions de celui-ci pour juger si cette circonstance est de nature à empêcher l'invocation de la réticence par la compagnie d'assurances. Tout dépend de savoir si l'agent a ou non le pouvoir de

conclure lui-même le contrat (agent stipulateur, en allemand Abschlussagent, par opposition à un agent courtier, ou à un agent négociateur, ou encore à un agent acquisateur, appelé en allemand Vermittlungsagent), dans ses rapports internes avec la compagnie, sans égard à ses qualifications ou à son mode de rémunération, et nonobstant la teneur de l'article 34 LCA (ATF 51 II 452 c. 2b, JT 1925 I 591; Carré, op. cit., p. 157). L'agent stipulateur jouit de compétences plus larges que l'agent négociateur. On lui reconnaît en effet communément le pouvoir d'accepter ou de refuser une proposition d'assurance (art. 1 LCA), de modifier, de prolonger, de suspendre et de remettre en vigueur des contrats d'assurance en cours ou qui l'ont été (art. 2 LCA). De ce fait, l'assureur est obligé par l'agent stipulateur. En revanche, l'agent négociateur n'a qualité ni pour conclure, ni pour modifier les contrats, mais il est compétent pour recevoir une proposition d'assurance ou d'autres communications et pour expliquer des questions ou des clauses de l'assureur et préciser le devoir de renseigner du preneur d'assurance (Kuhn/Montavon, Droit des assurances privées, pp. 105 ss; Viret, op. cit., pp. 192 ss.; Nef, op. cit., nn. 13 et 15 ad art. 8 LCA). d) Conformément à la jurisprudence citée ci-dessus, on doit déterminer à quel moment la défenderesse a reçu les renseignements dignes de foi lui permettant de déduire l'existence d'une réticence. En l'espèce, il est établi que la demanderesse a conclu deux contrats distincts avec le groupe [...] en automne 2005, un contrat de prévoyance liée et un contrat d'assurance perte de gain en cas de maladie. S'ils ont tous deux été signés par l'entremise de la [...], agence générale de [...], [...], soit par I. _____, employé de l'agence, il apparaît que celui-ci n'a joué qu'un rôle d'intermédiaire. En effet, il ressort de l'instruction qu'un tel agent se contente de contrôler que les propositions d'assurance soient remplies et complètes, de les réceptionner, de gérer l'encaissement des primes et l'administration générale des polices. Il n'a en revanche pas la compétence d'accepter le risque notamment sur le plan médical. Si l'agent est informé des décisions prises s'agissant des contrats qu'il a permis de conclure et qu'il a accès aux données informatiques, il n'a pas accès aux renseignements médicaux, il ne s'occupe pas d'un sinistre annoncé, il n'introduit aucune donnée et ne fait que transmettre la correspondance. Cela a par ailleurs été confirmé par le courrier de la défenderesse du 30 juillet 2009 qui informait l'agent de la résiliation du contrat litigieux en lui laissant le soin de contacter la demanderesse, seule autorisée à le renseigner sur la cause de dite résiliation. S'agissant des assurances vie, l'agent n'a même pas la compétence de réceptionner l'annonce d'un sinistre. Concernant le sinistre annoncé, l'agent a seulement ouvert le dossier et a été informé de l'évolution de celui-ci sans pour autant recevoir les rapports médicaux et autres documents s'agissant de l'état de la demanderesse. La demanderesse ne peut donc tirer argument du fait que des documents auraient été envoyés à l'agence de [...] pour faire partir le délai de quatre semaines de l'art. 6 aLCA. En outre, il ressort de l'instruction que si la défenderesse et la société [...] font toutes deux partie du groupe [...], elles n'exploitent pas le même domaine d'assurances. En effet, la défenderesse a pour but l'exploitation d'assurances sur la vie, y compris l'invalidité et la maladie, ainsi que toutes assurances complémentaires, soit directement, soit indirectement, alors que la société [...] a pour but l'exploitation de l'assurance directe à l'exclusion de l'assurance vie. Leurs sièges se trouvent à des endroits distincts, [...] pour la première et [...] pour la seconde. Ces éléments figurent par ailleurs sur les documents qui ont été soumis à la demanderesse lors de la signature de la proposition d'assurance du 28 octobre 2005, dans le contrat du 8 novembre 2005 qui mentionne clairement la défenderesse située à [...], et dans les conditions générales annexées « AVB G Edition 24 juin 2005 » et « ER Edition 24 juin 2005 » qui en font partie intégrante, qui mentionnent la défenderesse

ainsi que son siège à [...] à plusieurs reprises – qui indiquent plus particulièrement à l’art. 16 que la défenderesse, à [...], est la destinataire de toutes les communications. Il convient de relever que la demanderesse a admis avoir reçu dites conditions générales d’assurance. Elle ne peut donc se prévaloir d’une communication faite à l’agence de [...] ou à la direction de la société [...] pour en déduire qu’une communication a été faite régulièrement à la défenderesse. En cas de sinistre, il apparaît que c’est la direction de la [...] à [...] qui est responsable en ce qui concerne l’assurance non-vie de personnes et la direction de la [...] à [...] en ce qui concerne le domaine vie. Les documents que la société [...] à [...] a pu recevoir dans le cadre du sinistre de la demanderesse, tels que les rapports médicaux du Dr H. _____ des 12 septembre 2008 et 11 novembre 2008, ne peuvent donc pas être considérés comme ayant été reçus par la défenderesse. La réserve de l’assurance collective d’indemnités journalières maladie du 20 décembre 2008 ne peut pas non plus l’être dès lors que si une telle réserve est mentionnée dans les données informatiques, son objet et son étendue ne le sont pas. Ce n’est donc qu’à la date du 16 juillet 2009, à réception du dossier médical détenu par l’Office AI, que la défenderesse détenait les éléments suffisants pouvant faire apparaître un cas de réticence. En réagissant par courrier du 30 juillet 2009, la défenderesse a donc fait preuve de diligence et a respecté le délai légal de quatre semaines pour invoquer le cas de réticence dont elle se prévaut. Au demeurant, le délai de quatre semaines a également été respecté dans l’hypothèse où le point de départ du délai serait le 3 juillet 2009, date de la réception par la défenderesse du questionnaire rempli par la demanderesse sur son incapacité de gain. Il découle de ce qui précède que la résiliation fondée sur la réticence n’était dès lors pas tardive au regard de l’art. 6 aLCA. En outre, la déclaration de résiliation de la défenderesse du 30 juillet 2009 décrit expressément les éléments qu’elle considère importants, non déclarés ou inexactement déclarés, ainsi que les numéros des réponses concernées du questionnaire du 28 octobre 2005, ce qui n’est pas contesté par la demanderesse. Au vu des éléments qui précèdent, les conclusions prises par la demanderesse doivent être rejetées. V. a) Selon l’art. 92 al. 1 CPC-VD, des dépens sont alloués à la partie qui obtient gain de cause. Ceux-ci comprennent principalement les frais de justice payés par la partie, les honoraires et les débours de son avocat (art. 91 let. a et c CPC-VD). 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 ont trait au paiement d’une somme d’argent précise pour une opération déterminée. A l’issue d’un litige, le juge doit rechercher lequel des plaideurs gagne le procès et lui allouer une certaine somme en remboursement de ses frais, à la charge du plaideur perdant. Lorsque aucune des parties n’obtient entièrement gain de cause, le juge peut réduire les dépens ou les compenser (art. 92 al. 2 CPC-VD). b) En l’espèce, obtenant entièrement gain de cause, la défenderesse a droit à de pleins dépens, à la charge de la demanderesse, qu’il convient d’arrêter à 23’580 fr., savoir : a) 20’000 fr. à titre de participation aux honoraires de son conseil; b) 1’000 fr. pour les débours de celui-ci; c) 2’580 fr. en remboursement de son coupon de justice.

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