

## VD\_GERICHTE CO10.038176 vom 19. Februar 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-02-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_CO10.038176](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_CO10.038176)

FR: VD\_GERICHTE CO10.038176 du 19 février 2015

IT: VD\_GERICHTE CO10.038176 del 19 febbraio 2015

### Erwägungen

#### E. 24

Par courrier du 7 août 2009 à la défenderesse, la demanderesse a contesté la résiliation de son contrat d'assurance de prévoyance liée. En annexe à ce courrier, elle a notamment remis à la défenderesse une copie du courrier du 18 décembre 2008 par lequel X. \_\_\_\_\_ SA avait déclaré renoncer à invoquer la réticence.

- 22 -

#### E. 25

Par courrier du 28 août 2009, la défenderesse a demandé au Dr F. \_\_\_\_\_, médecin généraliste à [...], de remplir un questionnaire relatif à l'état de santé de la demanderesse. Par courrier du 31 août 2009, le Dr F. \_\_\_\_\_ a retourné le questionnaire à la défenderesse, mentionnant ce qui suit : « (...) 1. Début de votre traitement? Votre réponse: 13.01.1994 au 05.08.2005 Pas revue depuis. 96 et 98 lombalgies banales. 2. Durée de votre traitement (dates exactes)? Votre réponse: Voir Dr [...] pour analyse résultat IRM pour SEP 3. Madame V. \_\_\_\_\_ a-t-elle été en traitement chez vous pendant la période du 1er octobre 2000 au 28 octobre 2005? Si oui, veuillez nous indiquer les dates des consultations ainsi que le(s) diagnostic(s). Votre réponse: Mars 1998: gastro-entérite déc. 1998: angine à streptocoques 1999: sinusite mai 2000 à juillet 2000 Etat dépressif avec épuisement 2001 lombalgies chroniques 8.11.2000 Etat de fatigue d'origine x. 5.01.2001 Pharyngite 27.01.2001 Lombosciatalgies avec parésies atypiques du MIG. 4. L'assurée jouissait-elle pendant la période susmentionnée de sa pleine capacité de travail? Si non, veuillez nous indiquer la cause, la durée et le degré en % de l'incapacité de travail. Votre réponse: Pas signé d'AT (ndlr : arrêt de travail) durant cette période-là. 5. Avez-vous prescrit des médicaments pendant la période du 1er octobre 2000 au 28 octobre 2005? Si oui, quand et lesquels, posologie? Votre réponse: nov. 2000: Mydocalm 1 cpr le soir. Biovigor 10ml le matin janv. 2001: Nisulid 1cpr 2x/j. Locavital spray 2-3x/j. Pas de prescription pour le problème de dos. 6. Le résultat des éventuels examens (IRM, radiographie, électrocardiogramme, etc.) effectués pendant la période du 1er octobre 2000 au 28 octobre 2005? Votre réponse: Rapport annexé de l'IRM

- 23 - Pas d'autre investigation. 7. A quelle date Madame V. \_\_\_\_\_ a-t-elle été mis(e) au courant du diagnostic? Votre réponse: janvier 2001. (...). » Le Dr F. \_\_\_\_\_ a annexé à son courrier une copie du rapport de l'IRM subi par la demanderesse le 30 janvier 2001. Il en ressort notamment ce qui suit : « (...) COLONNE CERVICALE: Indication: Cervicalgies chroniques. Lombalgies chroniques avec parésies atypiques au niveau des membres inférieurs en particulier du côté gauche. (...) Conclusion: Discopathie sévère L4-L5 sans hernie d'accompagnement mais qui engendre une dégénérescence graisseuse de l'os sous- chondral des plateaux adjacents au disque. Discopathie très modérée L3-L4 et

L5-S1. Diamètre du canal lombaire sp. (...). »

**E. 26**

Par courrier du 9 septembre 2009 à la demanderesse, la défenderesse a maintenu la position exprimée dans son précédent courrier du 30 juillet 2009.

**E. 27**

Par décision rendue le 11 septembre 2009, l'Office AI a mis la demanderesse au bénéfice d'une rente d'invalidité à 50% avec effet au 1er avril 2009.

**E. 28**

Le 8 juillet 2010, un commandement de payer a été notifié à la défenderesse, sur réquisition de la demanderesse, dans le cadre de la poursuite n° [...] de l'Office des poursuites du district de Nyon. Ce commandement de payer portait sur un montant de 500'000 fr. avec intérêt à 5% l'an dès le 30 juillet 2009. Il y était mentionné ce qui suit sous la rubrique « titre de la créance ou cause de l'obligation » :

- 24 - « Prestations d'assurances (rentes annuelles et libération des primes) liées à la police de prévoyance liée no 1.189.446 délivrée le 8 novembre 2005 à Mme V. \_\_\_\_\_ suite à son incapacité de gain ».

**E. 29**

Par mémoire de demande du 18 novembre 2010, V. \_\_\_\_\_ a pris, avec suite de dépens, les conclusions suivantes : « I.- La résiliation du 30 juillet 2009 par la L. \_\_\_\_\_ SA de la police de prévoyance liée no 1.189.446 conclue le 8 novembre 2005 en faveur de V. \_\_\_\_\_ est nulle et de nul effet. II.- L. \_\_\_\_\_ SA est tenue au paiement à V. \_\_\_\_\_ d'une rente annuelle de CHF 30'000 dès le 22 avril 2010 jusqu'au 27 octobre 2020, sous réserve d'une modification du taux d'incapacité, avec intérêt à 5% l'an à compter de l'échéance de chaque rente. III.- Dès le 22 juillet 2008, V. \_\_\_\_\_ est libérée du service des primes de la police de prévoyance liée no 1.189.446 conclue le 8 novembre 2005 auprès de L. \_\_\_\_\_ SA. » Par mémoire de réponse du 14 février 2011, la défenderesse a conclu, avec suite de frais et dépens, au rejet de la demande. Le 6 février 2012, la demanderesse a produit un mémoire de réplique, confirmant les conclusions prises dans sa demande du 18 novembre 2010. Le 27 avril 2012, la défenderesse a produit un mémoire de duplique, confirmant les conclusions prises au pied de son mémoire de réponse du 14 février 2011. Le 16 août 2012, la demanderesse s'est déterminée sur le mémoire de duplique, confirmant ses conclusions.

**E. 30**

Une audience préliminaire s'est tenue le 23 novembre 2012 devant le Juge instructeur de la Cour civile du Tribunal cantonal (ci-après : le Juge instructeur). La conciliation, tentée, n'a pas abouti.

- 25 -

**E. 31**

Une audience d'instruction s'est tenue le 18 avril 2013 devant le Juge instructeur. A cette occasion, il a été procédé aux auditions des témoins M. \_\_\_\_\_, employée de commerce auprès de la défenderesse, D. \_\_\_\_\_, agent général, et du Dr J. \_\_\_\_\_, celui-ci ayant valablement été délié du secret médical par la demanderesse. Le témoin D. \_\_\_\_\_ a

expliqué que son agence avait un statut indépendant et était active dans tous les domaines d'assurances du groupe [...]. Il a exposé que l'agent n'avait pas la compétence d'accepter le risque notamment sur le plan médical, que c'était la direction qui prenait la décision de le faire ou non, que l'agence contrôlait notamment si la proposition était remplie et complète, qu'elle avait pour rôle de réceptionner les propositions d'assurance, de gérer l'encaissement des primes et l'administration générale des polices. En cas de sinistre, c'était la direction de [...] à [...] qui était responsable en ce qui concernait l'assurance « non-vie » de personnes et la direction de L. \_\_\_\_\_ SA à [...] en ce qui concernait le domaine « vie ». L'agence de [...] était informée des décisions prises par la défenderesse s'agissant des contrats qu'elle avait permis de conclure à cette dernière. S'agissant d'assurances de personnes, l'annonce d'un sinistre faite à l'agence était transmise à la direction. Hormis pour certains montants, c'était la direction qui gérait et s'occupait de l'intégralité du sinistre, comme par exemple dans le cas de troubles neurologiques. S'agissant des assurances vie, l'agent de [...] n'avait aucune compétence, même pas celle de réceptionner l'annonce du sinistre ; il n'introduisait donc aucune donnée et ne faisait que transmettre la correspondance à la direction. En général, les clients s'adressaient directement à [...] car l'entête figurait sur les documents. Le témoin a expliqué qu'en l'espèce, l'agence avait ouvert le dossier et que celui-ci avait ensuite été repris par la direction compte tenu de l'importance du sinistre. Si l'agent général avait accès aux données informatiques, de même que ses collaborateurs, il n'avait toutefois pas accès aux renseignements médicaux. Il était en mesure de savoir s'il y avait une réserve mais non de savoir quelle était son étendue ni quel était son objet. En cas de sinistre, la défenderesse informait l'agent de l'évolution du

- 26 - dossier d'un assuré dont il s'était occupé, mais l'agent ne recevait pas les rapports médicaux et autres documents s'agissant de l'état de santé de l'assuré, ne traitait pas le dossier du sinistre et n'avait d'ailleurs plus de document auprès de lui. Quant au témoin Dr J. \_\_\_\_\_, il a notamment déclaré que, lorsqu'il avait été consulté par la demanderesse en 2001, il n'y avait pas de pathologie déclarée, qu'il n'y avait pas eu de traitement lié à des troubles neurologiques et que ces troubles avaient disparu sans traitement. A l'époque, il n'était nullement envisageable qu'il s'agisse de signes d'une sclérose en plaques.

### **E. 32**

En cours d'instance, une expertise a été confiée au Dr N. \_\_\_\_\_, ancien chef de clinique et médecin adjoint au CHUV, spécialiste FMH en neurologie, à Lausanne, qui a déposé son rapport le 31 mai 2013. L'expert a relevé préliminairement, s'agissant des antécédents médico-chirurgicaux personnels de la demanderesse en dehors de la sclérose en plaques, que la demanderesse présentait un trouble gynécologique s'étant manifesté depuis l'âge de 18 ans environ, un état anxio-dépressif récurrent présent depuis sa jeunesse, des cervico-scapulalgies occasionnant possiblement quelques brefs arrêts de travail, des lombalgies depuis l'âge de 25-30 ans s'étant compliquées de sciatalgies ou de pseudo-sciatalgies qui avaient entraîné de brefs arrêts de travail, des troubles digestifs, des opérations pour strabisme sur un œil, une laparoscopie, une amygdalectomie et une bartholinite. Selon l'expert, il ne faisait aucun doute que la demanderesse n'était pas au courant de son diagnostic de sclérose en plaques avant les mois de mars/avril 2008, mais il paraissait évident que les troubles présentés depuis 2001 et surtout 2006 étaient de nature à attirer son attention et lui faire suspecter l'existence d'un problème neurologique qu'elle n'avait pas mentionné dans le questionnaire de la défenderesse. Il considérait que cela pouvait relever d'une banalisation, d'un déni ou d'une intention volontaire de cacher le problème à

l'assureur. Il ne faisait

- 27 - également guère de doute à l'expert que la demanderesse avait présenté, outre son problème de stérilité, une atteinte récidivante du système locomoteur sous forme de rachialgies cervico-lombaires voire de sciatalgies et de scapulalgies droites à plusieurs reprises qui n'étaient pas mentionnées dans le questionnaire mais dont elle ne pouvait pas ignorer l'existence. L'expert a constaté que l'état anxio-dépressif récurrent de l'intéressée n'avait pas non plus été mentionné par la demanderesse dans le questionnaire. L'expert a confirmé que la demanderesse avait subi une incapacité de travail à 50% du fait de sa sclérose en plaques et que dite incapacité de travail était uniquement liée à celle-ci. Dans la mesure où la demanderesse présentait d'importantes difficultés de déplacement liées à une atteinte pyramidale et cordonale postérieure ainsi que des troubles sphinctériens, cela justifiait cette incapacité de travail qui n'était pas susceptible d'être améliorée par des mesures de réadaptation ou d'autres moyens thérapeutiques. Les problèmes anxio-dépressifs dont la demanderesse avait souffert depuis son enfance n'avaient aucun lien direct avec la maladie diagnostiquée au mois d'avril 2008. Par ailleurs, l'expert a relevé que ces troubles étaient actuellement objectivement d'importance modérée et n'entraînaient pas par eux-mêmes une incapacité de travail indépendamment des conséquences de la sclérose en plaques. L'expert a observé que la ménopause précoce présentée par la demanderesse était liée à un problème de translocation génétique entre le chromosome X et le chromosome 13, et qu'en dehors de l'aménorrhée et de la stérilité, ce problème n'était pas de nature à entraîner des conséquences somatiques et professionnelles sur sa capacité de gain. En outre, la stérilité et l'anomalie génétique dont souffrait la demanderesse étaient sans lien quelconque avec la sclérose en plaques.

- 28 -

### **E. 33**

Une nouvelle audience d'instruction s'est tenue le 19 septembre 2013 devant le Juge instructeur. A cette occasion, il a été procédé à l'audition du témoin K.\_\_\_\_\_. Il ressort des déclarations de K.\_\_\_\_\_ que celui-ci n'avait pas expliqué à la demanderesse à quoi servait le questionnaire rempli par la demanderesse le 28 octobre 2005, indiquant que ce n'était généralement pas la pratique, dès lors qu'il s'agissait d'un outil permettant à la défenderesse de se prononcer sur l'acceptation du risque. Il a expliqué qu'il lisait généralement clairement les questions au client en lui expliquant qu'il pouvait y avoir un refus de couverture ou un non-respect du contrat en se référant à la notion de réticence, ceci en des termes que le client pouvait comprendre, et notait clairement les réponses. Il a toutefois affirmé ne pas tout noter, un rhume ne pouvant par exemple pas avoir d'influence sur l'acceptation du risque, exposant en outre que c'était à l'agent d'assurance de savoir ce qui était important ou ne l'était pas.

### **E. 34**

L'expert Dr N.\_\_\_\_\_ a rendu un complément d'expertise le 12 novembre 2013. Il a confirmé que la demanderesse avait présenté des troubles neurologiques d'importance variée durant la période de 2001 à 2007, même si ces derniers, quoique très probablement l'expression de la sclérose en plaques, ne pouvaient en eux-mêmes permettre à la demanderesse de soupçonner qu'elle souffrait d'une sclérose en plaques. Il a ajouté que la demanderesse avait présenté tout au long de son existence depuis 1976 des troubles neurologiques pour lesquels elle avait même consulté un neurologue en[...] en raison d'un

épisode « d'endormissement/paresthésies/dysesthésie de l'hémiface droite » durant quelques semaines d'évolution favorable, symptomatologie fortement évocatrice d'une manifestation transitoire de sclérose en plaques fréquemment rencontrée dans ce type d'affection. La demanderesse avait ultérieurement noté la survenue de paresthésies digitales bilatérales pour lesquelles elle avait consulté à nouveau son médecin de famille. Si les troubles mentionnés ne pouvaient en eux-mêmes faire poser le diagnostic

- 29 - de sclérose en plaques, ils étaient de nature à attirer l'attention de la demanderesse et de ses médecins dans l'idée qu'elle pourrait souffrir d'une sclérose en plaques et des investigations complémentaires dans ce sens auraient dû être pratiquées comme la Dresse G.\_\_\_\_\_ l'avait effectué dès qu'elle avait eu contact avec la demanderesse. L'expert a insisté sur le fait que, si la demanderesse ne se savait pas porteuse d'une sclérose en plaques avant le diagnostic formellement posé par la Dresse G.\_\_\_\_\_, ces troubles récurrents à caractère neurologique devaient au minimum attirer son attention sur la possibilité d'un trouble neurologique. Selon l'expert, si la demanderesse avait soupçonné qu'elle était atteinte d'une affection neurologique grave, elle n'aurait certainement pas débuté une activité d'indépendante. Il a dès lors considéré que cet élément tendait à faire penser que la non-déclaration des troubles présentés préalablement à 2006 était vraisemblablement plus de l'ordre du déni que de la dissimulation d'un point de vue médical.

### **E. 35**

Le 11 mars 2014, les parties ont chacune déposé un mémoire de droit, confirmant leurs conclusions respectives. En droit : 1. a) Le jugement attaqué a été rendu le 5 septembre 2014, de sorte que les voies de droit sont régies par le CPC (Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008, RS 272) entré en vigueur le 1er janvier 2011 (art. 405 al. 1 CPC ; ATF 137 III 130 ; Tappy, CPC commenté, Bâle 2011, nn. 5 ss ad art. 405 CPC). En revanche, dès lors que la demande a été déposée en 2010, c'est l'ancien droit de procédure qui s'applique jusqu'à la clôture de l'instance (art. 404 al. 1 CPC), notamment le CPC-VD (Code de procédure civile vaudoise du 14 décembre 1966, aujourd'hui abrogé). b) L'appel est recevable contre les décisions finales de première instance (art. 308 al. 1 let. a CPC), dans les causes patrimoniales

- 30 - pour autant que la valeur litigieuse, au dernier état des conclusions devant l'autorité inférieure, soit de 10'000 fr. au moins (art. 308 al. 2 CPC). L'appel, écrit et motivé, est introduit auprès de l'instance d'appel, soit la Cour d'appel civile (art. 84 al. 1 LOJV [loi vaudoise du 12 septembre 1979 d'organisation judiciaire ; RSV 173.01]) dans les trente jours à compter de la notification de la décision ou de la notification postérieure de la motivation (art. 311 al. 1 CPC). L'appel a été interjeté en temps utile, par une partie qui y a un intérêt (art. 59 al. 2 let. a CPC), dans une cause patrimoniale dont la valeur litigieuse est supérieure à 10'000 fr., de sorte qu'il est recevable. 2. a) L'appel peut être formé pour violation du droit ou pour constatation inexacte des faits (art. 310 CPC). L'autorité d'appel peut revoir l'ensemble du droit applicable, y compris les questions d'opportunité ou d'appréciation laissées par la loi à la décision du juge et doit le cas échéant appliquer le droit d'office conformément au principe général de l'art. 57 CPC. Elle peut revoir librement l'appréciation des faits sur la base des preuves administrées en première instance. Selon l'art. 317 al. 1 CPC, les faits et moyens de preuve nouveaux ne sont pris en compte que s'ils sont invoqués ou produits sans retard et ne pouvaient être invoqués ou produits devant la première instance bien que la partie qui s'en prévaut ait fait preuve de la diligence requise, ces deux conditions étant cumulatives. Il appartient à la partie qui s'en prévaut de démontrer

que ces conditions sont réalisées, de sorte qu'elle doit indiquer spécialement de tels faits et preuves nouveaux et motiver spécialement les raisons qui les rendent admissibles selon elle (JT 2011 III 43 c. 2 et les références citées). Le législateur a ainsi opté pour une prise en compte restrictive des faits et moyens de preuve nouveaux tout comme des conclusions nouvelles en appel. Il s'agit de ne pas minimiser l'importance de la procédure en première instance, que les parties auraient tendance à « prendre à la légère » si elles pouvaient compléter en appel, sans restriction, des allégués ou offres de preuves insuffisants. Au contraire, avec le système mis en place par l'art. 317 CPC,

- 31 - la partie qui aurait été négligente devant le premier juge en subira les conséquences puisque l'allégué, l'offre de preuve ou la conclusion nouvelle tardivement présentés seront déclarés irrecevables (Jeandin, CPC commenté, 2011, n. 1 ss ad art. 317 CPC). En l'espèce, l'appelante requiert la production de directives de tarification ou tout autre document interne utilisé par l'intimée en octobre 2005 « pour tarifier les polices d'assurance-vie du type de celle [qu'elle] a conclue auprès [de l'intimée] et qui fait l'objet du présent litige ». Il n'y a pas lieu de donner suite à cette réquisition de preuves, dès lors que ces pièces auraient pu être requises lors de la procédure de première instance et que l'appelante n'a pas démontré avoir fait preuve de la diligence requise au sens de l'art. 317 al. 1 CPC. 3. a) L'appelante soutient qu'il ne suffisait pas aux premiers juges de constater qu'elle avait commis une réticence au sens de l'art. 6 al. 1 LCA. Encore aurait-il fallu qu'ils examinent la question de savoir si, dans l'hypothèse où l'intimée avait connu les faits que l'appelante avait tus dans le questionnaire de santé, elle n'aurait pas néanmoins conclu le même contrat, éventuellement avec un supplément de prime ou avec des réserves. Pour l'appelante, les troubles psychiques ainsi que l'affection au rachis qu'elle n'a pas révélés ne constituaient pas des faits importants, de sorte qu'à supposer connus, ils n'auraient pas empêché l'intimée de conclure le même contrat. b/aa) Aux termes de l'art. 4 LCA, le proposant doit déclarer par écrit à l'assureur, suivant un questionnaire ou en réponse à toutes autres questions écrites, tous les faits qui sont importants pour l'appréciation du risque tels qu'ils lui sont ou doivent lui être connus lors de la conclusion du contrat (al. 1). Sont importants tous les faits de nature à influencer sur la détermination de l'assureur de conclure le contrat ou de le conclure aux conditions convenues (al. 2). Sont réputés importants les faits au sujet desquels l'assureur a posé par écrit des questions précises, non équivoques (al. 3).

- 32 - Les faits en question sont tous les éléments qui doivent être pris en considération lors de l'appréciation du risque et qui peuvent éclairer l'assureur sur l'étendue du risque à couvrir ; il ne s'agit donc pas seulement des facteurs du risque, mais aussi des circonstances qui permettent de conclure à l'existence de facteurs de risque (ATF 134 III 511 c. 3.3.2 ; ATF 116 V 218 c. 5a les références citées). Pour faciliter le processus décisionnel, l'art. 4 al. 3 LCA présume que le fait est important s'il a fait l'objet d'une question écrite de l'assureur, précise et non équivoque. Il ne s'agit cependant que d'une présomption que l'ayant droit peut renverser (ATF 136 III 334 c. 2.4 ; ATF 134 III 511 c. 3.3.4). Pour renverser cette présomption, aucune preuve particulière n'est requise et il suffit par exemple que le contraire ressortisse à l'évidence. En outre, pour admettre le renversement de la présomption, on ne saurait se montrer trop exigeant. Certes, il n'appartient pas au proposant de déterminer – à la place de l'assureur – quels éléments sont pertinents pour apprécier le risque et une certaine rigueur est de mise. Il n'en demeure pas moins que la présomption est renversée s'il apparaît que le proposant a omis un fait qui, considéré objectivement, apparaît totalement insignifiant. Ainsi, la jurisprudence a admis que celui qui tait des indispositions

sporadiques qu'il pouvait raisonnablement et de bonne foi considérer comme sans importance et passagères, sans devoir les tenir pour une cause de rechutes ou des symptômes d'une maladie imminente aiguë, ne viole pas son devoir de renseigner (ATF 116 II 338 c. 1b et les arrêts cités). En prenant en considération toutes les circonstances du cas d'espèce et en se livrant à une appréciation objective fondée sur le principe de la bonne foi, il faut se demander si l'assureur, dans l'hypothèse où la vérité lui aurait été dite, n'aurait pas conclu le contrat ou ne l'aurait pas conclu aux mêmes conditions ; il faut donc déterminer la volonté hypothétique de l'assureur, ce qui constitue une question de droit (ATF 126 III 10 c. 2b ; ATF 136 III 334 c. 2.4 ; sur le tout : TF 9C\_532/2014 du 23 octobre 2014 c. 4.1 ; Nef, Basler Kommentar, 2001, n. 54 et 55 ad art. 4 LCA).

- 33 - bb) Selon l'art. 6 LCA, si celui qui avait l'obligation de déclarer a, lors de la conclusion du contrat, omis de déclarer ou inexactly déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître (réticence), et sur lequel il a été questionné par écrit, l'assureur est en droit de résilier le contrat ; il doit le faire par écrit ; la résiliation prend effet lorsqu'elle parvient au preneur d'assurance (al. 1). Le droit de résiliation s'éteint quatre semaines après que l'assureur a eu connaissance de la réticence (al. 2). Si le contrat prend fin par résiliation en vertu de l'al. 1, l'obligation de l'assureur d'accorder sa prestation s'éteint également pour les sinistres déjà survenus lorsque le fait qui a été l'objet de la réticence a influé sur la survenance ou l'étendue du sinistre ; dans la mesure où il a déjà accordé une prestation pour un tel sinistre, l'assureur a droit à son remboursement (al. 3). Le texte légal (art. 6 al. 3 LCA) soumet ainsi les effets de la réticence sur les sinistres déjà survenus à la condition que le fait tu ait influé sur la survenance ou l'étendue du sinistre. En d'autres termes, il doit exister un rapport de causalité entre ce fait et le sinistre (Nef/von Zedtwitz, Basler Kommentar, Nachführungsband, 2012, n. 5 ad art. 6 LCA ; Brulhart, Droit des assurances privées, 2008, n. 478 p. 217). Cette règle n'est toutefois en vigueur que depuis le 1er janvier 2006 et ne s'applique pas aux contrats d'assurance conclus antérieurement (Nef/von Zedtwitz, op. cit., n. 1 ad art. 6 LCA ; Brulhart, op. cit., pp. 227-228), qui demeurent régis par l'art. 6 aLCA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2005 et qui était la suivante : « [s]i celui qui devait faire la déclaration a, lors de la conclusion du contrat, omis de déclarer ou inexactly déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître (réticence), l'assureur n'est pas lié par le contrat, à condition qu'il s'en soit départi dans les quatre semaines à partir du moment où il a eu connaissance de la réticence ». L'art. 6 aLCA fait ainsi abstraction d'un rapport de causalité entre le fait tu et la survenance du sinistre. Il s'ensuit que la seule omission de révéler un fait d'importance permet à l'assureur de refuser

- 34 - ses prestations, même si elle a été sans lien avec le sinistre (Nef/von Zedtwitz, op. cit., n. 1 ad art. 6 LCA). c) En l'espèce, les premiers juges ont constaté que l'appelante avait passé sous silence le fait qu'elle avait souffert de discopathies et d'un état dépressif connus alors que ces problèmes de santé avaient fait l'objet d'une question expresse de l'assureur. Ils ont considéré que la communication d'informations à ce sujet aurait eu un effet sur la volonté de contracter de l'intimée, dès lors que celle-ci « n'aurait pas manqué d'étudier ces éléments en détail afin d'évaluer les éventuels risques d'incapacités de travail ultérieures » et que les faits non révélés étaient « importants et de nature à influencer sur la volonté de [l'intimée] de conclure » (jugement entrepris, p. 48). La détermination de la volonté hypothétique de l'intimée étant une question de droit, elle peut être examinée en deuxième instance. L'intimée a soumis à l'appelante en octobre 2005 une proposition d'assurance lui

garantissant une rente annuelle en cas d'incapacité de gain, notamment pour cause de maladie. Depuis 2001, l'appelante avait notamment été suivie par le Dr J. \_\_\_\_\_, médecin généraliste, pour des problèmes anxio-dépressifs. Si elle n'avait pas été mise en incapacité de travail pour cette affection, elle avait en revanche reçu un traitement associant un anti-dépresseur à des anxiolytiques ainsi qu'un traitement cognitivo-comportemental pour les troubles alimentaires et anxieux, l'état anxio-dépressif étant considéré comme récidivant. Le rythme des consultations avait alors varié entre une fois par semaine et une fois tous les un à deux mois. En janvier 2001, elle avait subi un IRM, qui avait révélé une discopathie sévère à l'origine de cervicalgies et lombalgies chroniques, pour lesquelles elle avait été traitée par le Dr F. \_\_\_\_\_, médecin généraliste. Comme l'a relevé l'expert judiciaire, aucune des affections précitées n'a été mentionnée par l'appelante dans le questionnaire de santé qui lui a été soumis par l'intimée. Contrairement à ce que laisse entendre l'appelante, de telles affections n'avaient rien d'anodin et se trouvaient directement en relation

- 35 - avec un risque d'incapacité de travail occasionnée par une dépression ou un mal de dos. L'appelante ne saurait minimiser l'importance des troubles psychiques dont elle a souffert au motif qu'elle n'aurait pas consulté un psychiatre, puisque son médecin généraliste lui a prescrit des antidépresseurs et qu'à dire d'expert, il s'agissait d'un « état anxio-dépressif récurrent depuis sa jeunesse » (jugement entrepris, p. 34). Elle cite à mauvais escient un arrêt rendu par le Tribunal fédéral le 28 septembre 2001 dans la cause 5C.186/2000, dans lequel il a été considéré qu'un léger état dépressif ayant appelé six consultations auprès d'un médecin psychiatre sans médication pouvait être passé sous silence, puisqu'elle a bénéficié elle-même d'un nombre nettement plus important de consultations et a subi une médication durant une longue durée. Elle ne peut pas non plus tirer argument de ce qu'elle exerce la profession de logopédiste pour minimiser ses troubles du rachis, puisque notoirement ceux-ci provoquent des incapacités de travail dans toutes les professions. Cela étant, il faut admettre que les affections de l'appelante non révélées à l'intimée correspondaient à des faits « de nature à influencer sur la détermination de l'assureur de conclure le contrat ou de le conclure aux conditions convenues » au sens de l'art. 4 al. 2 LCA. Contrairement à ce que plaide l'appelante, rien ne justifie de renverser la présomption de l'art. 4 al. 3 LCA, selon lequel « sont réputés importants les faits au sujet desquels l'assureur a posé par écrit des questions précises, non équivoques », puisqu'elle a été invitée par écrit par l'intimée à s'exprimer dans le questionnaire de santé au sujet des affections dont elle avait souffert et qu'à dire d'expert, elle a tu certaines d'entre elles. Contrairement à ce que laisse entendre l'appelante, il n'incombe pas au juge de rechercher à quelles conditions particulières, augmentation de prime ou réduction de la couverture, l'intimée aurait le cas échéant conclu le contrat si elle avait été informée de manière véridique et complète au sujet de l'état de santé antérieur de sa cocontractante. Il suffit en effet que la possibilité existe qu'en cas d'information complète, l'assureur n'ait pas conclu le contrat ou l'ait conclu à des conditions différentes et qu'un lien de causalité hypothétique puisse être vu entre l'omission de l'assuré et la décision de l'assureur de

- 36 - conclure aux conditions convenues. On peut dès lors se borner à constater qu'un tel lien est réalisé en l'espèce sans devoir procéder à une rénovation du contrat. L'appelante fait enfin valoir à mauvais escient que les affections qu'elle n'a pas révélées sont sans lien avec la pathologie neurologique qui l'amène à réclamer des prestations à l'intimée, dès lors que l'art. 6 aLCA, applicable en l'espèce, fait abstraction de l'exigence d'un rapport de

causalité entre le fait tu et la survenance du sinistre. 4. Il s'ensuit que l'appel doit être rejeté selon le mode procédural de l'art. 312 al. 1 CPC et le jugement entrepris confirmé. Les frais judiciaires de deuxième instance, arrêtés à 1'320 fr. (art. 62 al. 1 TFJC [tarif des frais judiciaires civils du 28 septembre 2010 ; RSV 270.11.5]), sont mis à la charge de l'appelante, qui succombe (art. 106 al. 1 CPC). Il n'y a pas lieu à l'allocation de dépens, l'intimée n'ayant pas été invitée à se déterminer.

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