

## **VD\_GERICHTE ZI16.056748 vom 15. August 2018**

VD Tribunal cantonal, 2018-08-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZI16.056748](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZI16.056748)

FR: VD\_GERICHTE ZI16.056748 du 15 août 2018

IT: VD\_GERICHTE ZI16.056748 del 15 agosto 2018

### **Erwägungen**

#### **E. 5**

a) Les effets de la réticence sont lourds pour l'ayant droit : l'assureur est en droit de résilier le contrat. Non seulement l'assureur n'est plus lié pour l'avenir, mais il peut aussi refuser sa prestation pour un sinistre déjà survenu ou répéter ce qu'il a déjà payé pour un tel sinistre.

b) L'assureur qui entend résilier le contrat doit, sous peine de déchéance, le faire dans les quatre semaines qui suivent le moment où il a eu connaissance de la réticence. Ce délai ne commence à courir qu'à partir du moment où l'assureur a eu une connaissance effective, certaine et complète de la réticence, et non pas à partir du moment où il aurait pu

- 16 - en avoir connaissance (TF 4A\_54/2011 du 27 avril 2011 consid. 2.4). Le comportement de l'assureur peut cependant être considéré comme abusif s'il a eu la possibilité de prendre connaissance des éléments constitutifs de la réticence longtemps auparavant sur la base des renseignements en sa possession (TF 4A\_177/2008 du 14 octobre 2008 consid. 6). Lorsque plusieurs réticences sont découvertes successivement, un délai autonome pour s'en prévaloir court à partir du moment où l'assureur a eu connaissance de l'une d'elles, sans égard au fait qu'il n'aurait pas respecté le délai pour les autres (ATF 116 II 338 consid. 2a ; 109 II 159 consid. 2). c) Pour être valable, la déclaration de résolution du contrat doit décrire de manière circonstanciée le fait important non déclaré ou inexactement déclaré ; elle doit mentionner la question qui a fait l'objet d'une réponse inexacte (ATF 129 III 713 consid. 2). Il convient de se montrer strict lorsqu'il y a lieu de procéder à l'examen de la validité d'une déclaration de résiliation de contrat d'assurance, au vu des conséquences sévères qu'entraîne pour l'assuré la réticence. Si la loi impose au proposant de déclarer, suivant un questionnaire écrit, tous les faits qui sont importants pour l'appréciation du risque, il est conforme au droit d'attendre de l'assureur, qui invoque la réticence de l'assuré, qu'il précise à quelle interrogation celui-ci n'a pas répondu ou répondu de manière inexacte (TF 4A\_289/2013 du 10 septembre 2013 consid. 4.2).

#### **E. 6**

a) En l'occurrence, la défenderesse s'est prévaluée de la réticence par un premier courrier daté du 9 octobre 2014, observant notamment ceci : « Sur la base des éléments en notre possession, il apparaît que le contrat susmentionné n'est pas en ordre. En effet, sur les déclarations de santé signées lors de la conclusion du contrat, soit le 25 août 1993 pour la conclusion initiale et le 1er septembre 1995 pour l'adjonction complémentaire de rente de perte de gain, il a, entre autres, été déclaré les éléments suivants : - Question n° 1a "Avez-vous été examiné ou soigné par un médecin ces trois dernières années ?"; seul un contrôle médical en juillet 1992 avec l'indication "bonne santé" a été déclaré.

- 17 - Sur la déclaration de santé du 01.09.1995, vous avez annoncé une opération des ligaments de cheville gauche en décembre 1994, d'une durée de 2 mois et guérie. - Question

n° 12f "Souffrez-vous ou avez-vous souffert de rhumatisme, sciatique, douleurs dans le dos, maladies ou lésions de la colonne vertébrale ?"; il a été répondu négativement. - Question n°12k "Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'autres maladies, troubles de la santé ou blessures non encore cités ?"; seul (sic) une opération du ménisque droit en avril 1989 d'une durée de 3 semaines et sans suites a été déclarée. - Question n°13c "Avez-vous déjà été soigné dans un hôpital, un sanatorium, une clinique ou un établissement de cure ?"; seule une opération de l'appendice en 1981 sans suites a été déclarée. Or, nous constatons notamment que vous avez présenté une affection rhumatologique en 1990, en l'occurrence un lumbago, qui a nécessité 4 consultations médicales. Vous avez également été victime de contusion thoracique lors d'un accident qui a généré une incapacité de travail à 100 % du 3 avril au 10 mai 1992. Enfin, une scoliose lombaire a été mise en évidence en 1993. Nous relevons aussi que vous avez été victime d'un traumatisme crânio-cérébral le 19 novembre 1981 avec mise en évidence d'une légère commotion avec amnésie circonstancielle (sic) ayant donné lieu à une hospitalisation de 4 jours. Ces éléments auraient impérativement dû nous être annoncés à la conclusion. Nous n'avons ainsi pas été en mesure d'apprécier objectivement votre état de santé au moment de l'acceptation de la police précitée. Pour votre information, nous vous remettons ci-joint une photocopie de la déclaration de santé. Lorsqu'un fait important que la personne tenue aux déclarations connaissait ou devait connaître n'a pas été déclaré ou l'a été de façon inexacte au moment de la conclusion de l'assurance, la société a le droit de résilier le contrat. Nous devons à regret faire usage de ce droit et vous déclarons l'annulation de la police n° [...] conformément à l'art. 6 de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) et à l'art. 5.4 des Conditions générales d'Assurance (CGA) relatives à votre contrat. » b) Sur le plan formel, la déclaration de réticence, contenue dans le courrier de résiliation de la défenderesse du 9 octobre 2014, est conforme aux exigences de la jurisprudence. En particulier, on peut relever qu'O. \_\_\_\_\_ a expressément énoncé les questions auxquelles il n'a pas été répondu correctement et les faits que le demandeur lui aurait

- 18 - dissimulés, soit les lombalgies, la contusion thoracique, la scoliose lombaire et le traumatisme crânio-cérébral. c) Sur le fond, force est de constater que les conditions d'une réticence sont réalisées s'agissant des atteintes à la colonne vertébrale et du traumatisme crânio-cérébral. En effet, si la première consultation survenue en 1990 pour une lombalgie aurait pu être, prise isolément, considérée comme un événement anodin, en revanche, des récurrences d'épisodes de lombalgies constituent des faits pouvant être qualifiés d'importants. L'un de ces épisodes a fondé une incapacité de travail de plusieurs jours début janvier 1995, avec examen radiographique révélant une spondylolisthésis, soit une affection caractérisée par le glissement d'une structure de la colonne vertébrale vers l'avant. Une atteinte à la colonne vertébrale avait donc été objectivée en janvier 1995. Elle était de surcroît assortie de douleurs. L'assuré ne pouvait passer cette atteinte sous silence et aurait dû l'annoncer dans le cadre du questionnaire de santé du 1er septembre 1995. S'agissant de la scoliose lombaire diagnostiquée à la faveur d'un examen général en 1993, examen dont on ignore la date exacte, il doit être admis que cette atteinte constitue également un fait important, lequel aurait dû être annoncé à tout le moins dans le cadre du questionnaire de santé du 1er septembre 1995, dans l'hypothèse d'un examen survenu postérieurement au 25 août 1993. Certes, une scoliose présente des degrés de gravité divers et en l'espèce, ce degré est inconnu. Il est cependant notoire que cette atteinte s'aggrave progressivement avec l'âge. Or, le défendeur a répondu par la négative à la question 12f, dont la teneur est pourtant sans équivoque. L'omission de ces atteintes par le demandeur dans les questionnaires de santé ne

saurait être considérée comme sans importance. La conjonction des diagnostics de scoliose lombaire et de spondylolisthésis avec des lombalgies ayant entraîné des consultations médicales, ainsi qu'un arrêt de travail, aurait manifestement incité la défenderesse à solliciter de plus amples informations médicales sur l'état de la colonne vertébrale de l'assuré, respectivement à ne pas conclure le contrat la liant au

- 19 - demandeur aux mêmes conditions, si elle avait eu connaissance de la pathologie en cause. L'assuré n'a pas fait mention dans les questionnaires du 25 août 1993 et du 1er septembre 1995 de l'existence de l'accident de circulation survenu en novembre 1981, ni des lésions entraînées par cet accident, particulièrement du traumatisme crânio-cérébral, ni de son hospitalisation. Il ne pouvait cependant lui échapper, au vu du libellé des questions 12k et 13c, que cet événement impliquait une réponse positive. Il invoque la bonne foi, plus particulièrement son très jeune âge au moment de cet événement, pour justifier ses réponses lacunaires. S'il est possible qu'il ne garde pas en mémoire le déroulement de cet accident, notamment en raison de l'amnésie circonstancielle mentionnée dans l'attestation médicale, en revanche, il ne saurait soutenir que cet événement a disparu de la mémoire familiale. De telles circonstances sont en effet suffisamment dramatiques pour être conservées dans la mémoire des proches et restituées à la victime de l'accident. Par ailleurs, l'assuré n'a pas omis la mention d'une opération de l'appendicite survenue en 1981 également, de telle sorte que son argument tombe à faux. Un tel accident est un fait important et il est également vraisemblable que la défenderesse aurait décidé de requérir de plus amples informations médicales sur l'évolution de l'état de santé de l'assuré en relation avec cet accident, respectivement de ne pas conclure le contrat la liant au demandeur aux mêmes conditions si elle avait eu connaissance de cet accident et des lésions consécutives à celui-ci. d) En remplissant le questionnaire du 25 août 1993, plus particulièrement en répondant par la négative à la question 12k, le demandeur s'est abstenu de faire mention de la contusion thoracique survenue au printemps 1992. Cette lésion avait certes évolué favorablement depuis lors. Elle avait cependant entraîné une incapacité de travail de plusieurs semaines de telle sorte qu'elle doit être considérée comme un fait important. Au demeurant, dans le même questionnaire, il n'a pas échappé à l'intéressé qu'il devait mentionner une opération du ménisque droite, laquelle avait entraîné une immobilisation de trois

- 20 - semaines, sans suites. Il ne saurait dès lors être admis, en présence d'une atteinte avec incapacité de travail d'une durée supérieure, que l'assuré pouvait se croire dispensé d'en faire mention. En revanche, en présence d'une atteinte simplement qualifiée de contusion, soit d'une atteinte mineure, il est vraisemblable que celle-ci n'était pas de nature à influencer sur la volonté de conclure de l'assureur, d'autant que l'évolution du traitement a été favorable. On observera au demeurant, en relation avec l'opération du ménisque droit précitée, que celle-ci n'a entraîné aucune réaction particulière de la défenderesse.

## **E. 7**

a) La défenderesse s'est prévaluée de la réticence une seconde fois, par courrier daté du 24 août 2015, observant notamment ceci : « Tenant compte du fait que notre courrier précité conserve son intégrale validité, il apparaît, une fois de plus, que le contrat susmentionné n'est pas correct. En effet, sur les déclarations de santé signées lors de la conclusion du contrat, soit le 25 août 1993 pour la conclusion initiale et le 1er septembre 1995 pour l'adjonction complémentaire de rente de perte de gain, il a, entre autres, été déclaré les éléments suivants : - Question n° 1a "Avez-vous été examiné ou soigné par un médecin ces trois dernières années ?"; seul un contrôle médical en juillet 1992 avec l'indication "bonne

santé" a été déclaré. Sur la déclaration de santé du 01.09.1995, vous avez annoncé une opération des ligaments de cheville gauche en décembre 1994, d'une durée de 2 mois et guérie. - Question n° 12i "Souffrez-vous ou avez-vous souffert de toxicomanie (drogues, médicaments, alcool) ?"; il a été répondu négativement. - Question n°12k "Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'autres maladies, troubles de la santé ou blessures non encore cités ?"; seul (sic) une opération du ménisque droit en avril 1989 d'une durée de 3 semaines et sans suites a été déclarée. Or, nous constatons notamment, des nouveaux éléments médicaux en notre possession, entre autres l'expertise pratiquée du 23 au 26 mars 2015 au Centre F.\_\_\_\_\_, que vous avez présenté une consommation alcoolique en grande quantité ainsi qu'une utilisation de cannabis pendant la période d'école de recrue. Ce fait est corroboré par l'indication "Durant sa jeunesse, consommateur d'alcool et de marijuana". Nous relevons aussi une tentative de suicide à l'âge de 19 ans, soit une année avant la conclusion du contrat.

- 21 - Ces éléments s'ajoutent à ceux déjà mentionnés dans notre courrier recommandés (sic) du 9 octobre 2014; ils auraient impérativement dû nous être annoncés à la conclusion. Nous n'avons ainsi pas été en mesure d'apprécier objectivement votre état de santé au moment de l'acceptation de la police précitée. Une copie des déclarations de santé vous a déjà été remise par notre courrier précité. A toutes fins utiles, nous réitérons les modalités d'usage. Lorsqu'un fait important que la personne tenue aux déclarations connaissait ou devait connaître n'a pas été déclaré ou l'a été de façon inexacte au moment de la conclusion de l'assurance, la société a le droit de résilier le contrat. Nous devons à regret faire usage de ce droit et vous déclarons l'annulation de la police n° [...] conformément à l'art. 6 de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) et à l'art. 5.4 des Conditions Générales d'Assurance (CGA) relatives à votre contrat. » b) Sur le plan formel, la déclaration de réticence, contenue dans le courrier de résiliation de la défenderesse du 24 août 2015, est également conforme aux exigences de la jurisprudence. O.\_\_\_\_\_ a expressément énoncé les questions auxquelles il n'aurait pas été répondu correctement et les faits que le demandeur lui aurait dissimulés, soit la consommation d'alcool et de cannabis pendant son école de recrue ou sa jeunesse ainsi qu'une tentative de suicide à l'âge de 19 ans, ce en se référant à l'expertise du Centre F.\_\_\_\_\_. c) Le libellé de la question 12i, savoir « souffrez-vous ou avez-vous souffert de toxicomanie (drogues, médicaments, alcool) ? », est ambigu. La toxicomanie est une dépendance physique et/ou psychologique d'une ou plusieurs substances. Or, si l'assuré a effectivement consommé de l'alcool et du cannabis dans sa jeunesse, ce qu'il a concédé dans le cadre de l'expertise de 2008, aucun élément ne permet de retenir que cette consommation aurait entraîné une dépendance. Ni l'expertise du Prof. K.\_\_\_\_\_ et de la Dresse B.\_\_\_\_\_ du 3 avril 2008, ni celle du Centre F.\_\_\_\_\_ du 21 mai 2015 ne posent le diagnostic de dépendance, passée ou actuelle. Tout au plus les experts du Centre F.\_\_\_\_\_ évoquent-ils les status de consommation d'alcool et de cannabis dans la jeunesse et précisent, en relation avec la consommation d'alcool, qu'il s'agit d'un status anamnestique avec des consommations

- 22 - épisodiques de grande quantité d'alcool pendant l'école de recrue, non quotidienne. Il est vraisemblable que les experts auraient posé le diagnostic de dépendance si les éléments anamnestiques avaient suffi à réaliser les critères pertinents. Au vu de la terminologie de toxicomanie utilisée par la défenderesse dans son questionnaire santé, le demandeur n'était en l'espèce pas présumé répondre par l'affirmative. Il en aurait été différemment si le libellé de la question avait mentionné l'existence d'une consommation de drogues, médicaments,

alcool, actuelle ou passée. Une réticence ne saurait donc être reprochée à l'assuré sur ce point. d) Du rapport d'expertise du 3 avril 2008, il ressort que l'assuré a déclaré une tentative de suicide à l'âge de 18-19 ans (« je me suis mis dans un arbre »), les experts n'obtenant pas d'avantage de précisions sur ce tentamen (p. 6). Cet événement sera rapporté dans l'expertise du 21 mai 2015 du Centre F. \_\_\_\_\_, plus exactement dans l'énumération des pièces médicales au dossier de l'OAIÉ tel que soumis aux experts (p. 9). Il n'existe pas de diagnostic d'épisode dépressif ou de trouble dépressif posé dans les règles de l'art à l'époque contemporaine à ce tentamen, l'assuré n'étant alors pas suivi par un psychiatre. Néanmoins, une tentative de suicide est un événement suffisamment important pour inciter son auteur à une certaine réflexion avant de répondre à la question de savoir s'il a souffert de dépression. En l'occurrence, il incombait au demandeur de répondre par l'affirmative à la question litigieuse, une tentative de suicide étant notoirement associée à une dépression. En présence d'un tel événement survenu moins de deux ans avant la proposition de contrat, il est manifeste que la défenderesse n'aurait pas conclu le contrat aux mêmes conditions si elle en avait connu l'existence. La réticence doit donc être retenue.

## **E. 8**

La réticence est ainsi avérée s'agissant du traumatisme crânio- cérébral, des lombalgies et atteintes vertébrales, de la tentative de suicide et de la dépression. Reste à déterminer si la résiliation pour motif de réticence respecte le délai de quatre semaines par rapport à chacune de ces atteintes.

- 23 - a) La demanderesse a requis le dossier de l'assuré auprès de l'OAI-VD pour la première fois le 7 juin 2005. Il lui a été communiqué le 4 juillet 2005. La lettre d'accompagnement mentionne l'envoi, sous forme de copie, des « documents versés au dossier de notre assuré susnommé ». À cette date, le rapport du Dr T. \_\_\_\_\_ du 15 septembre 1995, énumérant les lombalgies, la scoliose lombaire et la spondylolisthésis, figurait déjà au dossier ; il avait en effet été indexé le 13 février 2002. Les indications de ce médecin sont certes manuscrites et, difficilement lisibles. Néanmoins, dans la mesure où elles n'ont pas échappé à la défenderesse à la faveur de la consultation ultérieure du dossier, elles ne pouvaient non plus lui échapper à réception du dossier en juillet 2005. En conséquence, en adressant en date du 9 octobre 2014 seulement la résiliation du contrat d'assurance au demandeur pour ce motif de réticence, la défenderesse n'a pas respecté le délai de quatre semaines imposé par l'art. 6 LCA. b) L'expertise psychiatrique du 3 avril 2008, laquelle rapportait une tentative de suicide de l'assuré aux alentours de ses 18-19 ans, a été indexée le même jour. Quant à l'attestation du Dr S. \_\_\_\_\_ relative au traumatisme crânio-cérébral et ses suites, établie en 1981, elle a été indexée le 4 février 2010. Or, en date du 8 mars 2010, l'OAI-VD a envoyé à la défenderesse, ensuite de sa demande du 2 mars 2010, le dossier de l'assuré tel qu'établi depuis septembre 2006, sous forme de copies enregistrées sur un CD-ROM. C'est donc vers la mi-mars 2010 au plus tard que l'existence du traumatisme crânio-cérébral et de l'hospitalisation consécutive, ainsi que celle de la tentative de suicide sont entrées dans la sphère de connaissance de la défenderesse. Il existe par ailleurs au dossier des correspondances entre l'assuré et l'OAI-VD, datant de janvier 2010, en relation avec un rapport que cet office entendait requérir auprès du médecin psychiatre traitant, le Dr W. \_\_\_\_\_. Ce rapport a été établi le

## **E. 9**

a) Au regard de ce qui précède, il n'y a pas lieu de donner suite aux requêtes des parties tendant notamment à l'audition de témoins (appréciation anticipée des preuves [ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.2 avec les références citées]) ni de citer les parties à des débats publics, ce qui ne ressort pas du courrier du conseil du demandeur du 1er juin 2018, étant rappelé que celle-ci suppose une requête formulée de manière claire et indiscutable (TF 9C\_402/2010 du 21 février 2011 consid. 2.1) et que les garanties de procédure déduites des art. 6 par. 1 CEDH (Convention du 4 novembre 1950 de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ; RS 0.101) et 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale du 18 avril 1999 ; RS 101) en matière de droit d'être entendu ne confèrent pas le droit d'être entendu oralement par l'autorité (ATF 134 I 140 consid. 5.3 et les références). Au demeurant, le juge peut s'abstenir de donner suite à une demande tendant à la mise en œuvre de débats publics dans les cas prévus par l'art. 6 par. 1, seconde phrase, CEDH lorsque la demande est manifestement bien fondée (ATF 136 I 279 consid. 1 ; 134 I 331 consid. 2.3 ; 122 V 47 consid. 3b). b) En conséquence, sous réserve de la modification du point de départ des intérêts moratoires, la demande déposée le 30 septembre 2016 par U. \_\_\_\_\_ auprès de la Cour de céans doit être admise et les conclusions reconventionnelles de la défenderesse rejetées. Le service de

- 26 - la rente devra être repris dès le 9 octobre 2014. Il ne sera pas donné suite à la conclusion que le versement de la rente doit être ordonné jusqu'au 25 août 2038, sous réserve d'une modification du taux d'incapacité. L'évolution du taux d'incapacité n'est en effet pas la seule circonstance susceptible d'influer le service de la rente. c) La procédure étant gratuite (art. 73 al. 2 LPP), il ne sera pas perçu de frais de justice. d) Obtenant gain de cause sur l'essentiel de ses prétentions avec le concours d'un avocat, le demandeur a droit à une indemnité de dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD, par renvoi de l'art. 109 al. 1 LPA-VD), à la charge de la défenderesse (art. 55 al. 2 LPA-VD, par renvoi de l'art. 109 al. 1 LPA-VD), qu'il convient de fixer à 3'000 francs. e) Le recourant bénéficie de l'assistance judiciaire, de telle manière qu'une indemnité équitable de conseil d'office sera arrêtée en faveur de Me Lanfranconi qui a produit sa liste des opérations le 3 août 2018 (art. 122 al. 1 let. a CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les heures de prestations d'avocat (23,11 heures) et les débours (50 fr.) s'inscrivent raisonnablement dans l'exercice du mandat (cf. ATF 122 I 1), de sorte que le montant total de l'indemnité de Me Lanfranconi s'élève donc à 4'488 fr. 65, y compris la TVA au taux de 8 % pour les deux tiers de l'activité et au taux de 7,7 % pour le solde. Cette rémunération n'est que partiellement couverte par les dépens devant être acquittés par la défenderesse (cf. consid. 9d supra). Le solde, à hauteur de 1'488 fr. 65, est provisoirement supporté par le canton. Le demandeur est rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombera au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement

- 27 - (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

- 28 -