

Tribunal cantonal du canton du Valais, 17 novembre 2000,
G.-P. c. AXA Compagnie d'assurances sur la vie, Lausanne

Faits: Née en 1949, M. G., alliée P., a suivi de 1969 à 1973 une formation d'éducatrice jusqu'à l'obtention de son certificat de capacité professionnelle; elle a ensuite travaillé comme enseignante à l'école "La B." à S. comme éducatrice spécialisée d'handicapés mentaux jusqu'au 18 mai 1995, date de son invalidité considérée comme définitive. Ayant affaire à des enfants et des adolescents jusqu'à l'âge de 18 ans, qu'elle devait parfois soulever, seule ou avec l'aide d'une collègue, elle était amenée à fournir des efforts physiques marqués.

Le 15 janvier 1985, elle a conclu auprès de l'UAP la police n° .. prévoyant les prestations ci-après:

- en assurance principale: capital décès de 120'000 fr. et capital à l'échéance du 1.1.2012 120'000 fr.;
- en assurances complémentaires: capital supplémentaire décès avec dégression de 60'000 fr.; libération du paiement des primes en cas d'incapacité de travail par suite de maladie ou d'accident; rente annuel de de 10' 000 fr. en cas d'incapacité de gain avec délai d'attente de 720 jours et des prestations maximales de 270'000 francs.

Dite police a été transformée en une police réduite libérée du paiement des primes dès le 1er avril 1990 comportant un capital réduit à 20'053 fr., payable au décès ou, en cas de vie, à l'échéance du contrat.

En remplacement de cette police, une nouvelle police, portant le n° .., a été conclue le 6 mars 1990, comportant les prestations suivantes:

- en assurance principale: capital décès de 100'000 fr. et capital en cas de vie à l'échéance du 1er avril 2000 de 100'000 fr.
- en assurances complémentaires: libération du paiement des primes en cas d'incapacité de gain par suite de maladie ou d'accident; rente annuelle en cas d'incapacité de gain de 10'000 fr. après un délai d'attente de 720 jours; capital supplémentaire en cas de décès par suite d'accident de 100'000 francs.

Le remplacement de la police n° .. a été opéré à l'initiative de l'UAP, qui entendait faire bénéficier son assurée des nouvelles possibilités de déductions fiscales; c'est ainsi qu'A. Og., agent général UAP, a pris contact avec dame G. en 1990, et lui a suggéré de conclure une nouvelle police. La proposition d'assurance a été établie le 2 mars 1990; elle a été remplie par A. Og. et son chef de bureau B. en présence de dame G. et sur la base des réponses données par celle-ci. Cette proposition contenait un questionnaire relatif à l'état de santé en 9 questions ou rubriques, dont la sixième comportait plusieurs sous-rubriques. Enseignante de formation, dame G. est profane dans le domaine médical.

Cette sixième rubrique a été remplie par Og., lequel s'est contenté - s'agissant de la transformation d'une police -, de demander à dame G. "s'il y avait eu quelque chose d'important (dans son état de santé) entre 1985 et 1989"; celle-ci a mentionné la sinusite pour laquelle elle était en traitement depuis août 1989 chez le Dr P.-A. R., son médecin de famille. Celle-ci a encore indiqué en réponse à la question 8 qu'elle avait subi deux opérations, de l'appendice en 1954 et de la mâchoire en 1983; que cette dernière date soit exacte ou qu'il se soit agi en réalité d'une opération de 1970 comme indiqué sur la proposition du 18 décembre 1984 - afférente à la police n° .. -, est sans importance pour l'issue de la présente cause.

Sur la base de cette proposition, l'UAP a établi le 6 mars 1990 la police n° .. .

L'état de santé de dame G. l'a amenée à consulter divers médecins depuis 1987.

Elle a tout d'abord été soignée par le Dr. M. du 4 décembre 1987 au 24 juin 1988, et par la suite du 26 juin 1991 jusqu'au 22 septembre 1993. La première consultation du 4 décembre 1987 a été demandée au spécialiste, le Dr. M., par le Dr. R., médecin traitant habituel de la malade pour la période allant du 18 décembre 1985 au 13 octobre 1992. Le Dr. R. a demandé son avis au Dr. M. sur des lombosciatalgies gauches - remontant à septembre 1985 - résistant à la thérapeutique habituelle et sur des paresthésies du membre supérieur gauche dont se plaignait la patiente. Le Dr. M. a posé le diagnostic de syndrome spondylogène lombaire prédominant du côté gauche sur fibrosite; ce dernier terme, en usage à l'époque, est synonyme de fibromyalgie, terme actuellement utilisé. Le Dr. M. n'a pas informé sa patiente de ce diagnostic lors de cette première consultation, mais il déclare l'avoir fait lors de la deuxième, le 12 décembre 1987 en prescrivant du Laroxyl à sa patiente. Celle-ci conteste avoir eu connaissance de ce diagnostic avant de recevoir la lettre de l'UAP du 31 mai 1996. On reviendra sur ce problème ci-dessous.

Au mois de janvier 1989, le Dr. Gr., en l'absence du Dr. R., a soigné dame G. pour une sinusite; au mois d'août de la même année, le Dr. R. a soigné sa patiente pour la même affection.

Le 22 avril 1991, Dame G. a été victime d'une distorsion du genou gauche; son médecin, le Dr. R. l'a confiée au Dr. Gr., qui l'a soumise le 21 mai 1991 à une arthroscopie; le chirurgien a diagnostiqué une chondropathie rotulienne au genou gauche. Selon le rapport opératoire du Dr Gr. il n'existait à ce moment-là aucun signe en faveur d'une polyarthrite rhumatoïde.

Au mois de juin 1991, sur conseil du Dr. R., dame G. a consulté le Dr. M. pour des douleurs articulaires généralisées. Lors d'une consultation ultérieure, le 29 juillet 1991, le Dr. M. a évoqué la possibilité d'une polyarthrite rhumatoïde et a institué un traitement à la Salazopyrine. Dame G. a été suivie par le Dr. M. jusqu'au 22 septembre 1993, puis a été soignée par plusieurs médecins, toujours pour la même maladie: par le Dr. Mo., à V., par les Drs de W., Go. et D. à l'Hôpital de S., et par le Dr. B., pour une atteinte oculaire en rapport avec la polyarthrite rhumatoïde.

L'état de santé de dame G. est allé en se dégradant, si bien que le 8 juin 1995, elle a présenté une demande de prestations à l'Assurance-invalidité fédérale (ci-après: AI), en mentionnant sur le questionnaire qu'elle était atteinte d'une polyarthrite rhumatoïde de

puis mai 1991. Par décision du 16 février 1996, elle a été mise au bénéfice d'une rente AI, avec allocation pour impotent, avec effet au 27 octobre 1995.

De 1981 à 1995, dame G. a dû à plusieurs reprises suspendre son activité d'enseignante, sur la base de certificats médicaux. De 1981 à 1991, aucun certificat n'émanait du Dr. M.; le premier certificat délivré par celui-ci à sa patiente date du 27 janvier 1992. Dame G. n'a donc jamais dû suspendre son activité en raison du traitement suivi chez le Dr. M. du 4 décembre 1987 au 24 juin 1988.

Au printemps 1995, dame G. a demandé à l'UAP de lui fournir les prestations assurées par la police ..., sur la base d'un certificat médical établi le 13 juin 1995 par le Dr. D. Posant le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde depuis 1991, ce médecin constatait une incapacité de travail de 100 % depuis le 2 novembre 1994 jusqu'à la date du certificat, sans possibilité de reprise immédiate de l'activité professionnelle. Par lettre du 6 juillet 1995, l'UAP a établi un décompte du montant dû à dame G. du fait de la libération du paiement des primes pour la période allant du 2 février au 30 septembre 1995. Après renvoi par l'assurée de la quittance signée, l'UAP lui a versé à ce titre le montant de 1'911 fr. 50.

Par lettre du 28 novembre 1995, dame G. a sollicité les mêmes prestations pour la période d'octobre 1993 à Pâques 1994, pendant laquelle elle avait dû suspendre toute activité; elle n'a pas reçu de réponse malgré un rappel. Ce n'est que le 6 février 1996 que l'UAP lui a écrit qu'elle devait encore obtenir des renseignements d'ordre médical. Après un nouveau rappel de dame G. le 23 mai 1996, l'UAP a, par lettre du 31 mai 1996, refusé ses prestations en invoquant la réticence, ainsi motivée:

"En effet, les réponses aux questions relatives aux affections antérieures à la conclusion du contrat sont en négation avec la réalité des faits que nous ont appris les renseignements obtenus (fibromyalgie depuis 1985...)".

Le certificat médical sur lequel l'assureur s'est fondé pour invoquer la réticence a été établi et envoyé le 1er mai 1996 par le Dr. M.; il mentionne comme cause de l'incapacité de travail une "fibromyalgie depuis 1985" (recte 1987).

Envoyé le mercredi 1er mai 1996, ce certificat serait parvenu à l'UAP le lundi 6 mai, si l'on se réfère au sceau de réception apposé par la destinataire. Il n'est pas établi, ni même allégué, que l'envoi ait été fait en courrier A ou sous pli recommandé. Le sous-directeur de la société d'assurance J.-J. Gu. n'a pu expliquer le délai mis par cet envoi pour arriver à destination. Il ne peut être exclu qu'un pli envoyé en courrier B n'ait pas été délivré au destinataire le vendredi 3, mais seulement le lundi 6 mai, étant précisé que les bureaux étaient fermés les samedi et dimanche.

L'UAP a envoyé sa lettre du vendredi 31 mai par pli recommandé du même jour; dame G. l'a reçu le lundi 3 juin 1996.

Dame G. a été étonnée d'apprendre par cette lettre que l'UAP invoquait une réticence en se référant à une fibromyalgie; elle a téléphoné le 3 juin à l'UAP pour dire qu'elle n'était "pas au courant de la fibromyalgie". Le même jour, dame G. a écrit à l'UAP qu'elle ne

connaissait pas ce terme médical et que si elle avait su qu'elle avait une fibromyalgie, elle en aurait informé son assureur. Dame G. a d'abord cherché dans le dictionnaire la signification de ce terme, puis a demandé des explications au Dr. D.

Le Dr. M. décrit la fibromyalgie comme une affection caractérisée par des douleurs chroniques de tout le corps, en général prédominantes aux ceintures scapulaire et pelvienne, souvent accompagnées d'une raideur matinale, et par des douleurs à la palpation de multiples régions du corps. De manière identique, l'expert O. définit la fibromyalgie comme un syndrome musculo-squelettique caractérisé par des douleurs diffuses et des points douloureux à la palpation de la musculature; il n'y a aucune évidence d'une atteinte articulaire ou musculaire de caractère inflammatoire. L'examen physique ne montre rien de particulier à part les douleurs musculaires précitées; les examens de laboratoire et radiologiques sont normaux. Pour établir le diagnostic de fibromyalgie, deux critères essentiels doivent, selon l'expert, être retenus: il faut d'une part que le patient souffre de douleurs chroniques à caractère généralisé et d'autre part que l'on trouve des points douloureux à l'examen de la musculature. Seuls certains points douloureux, répertoriés par le Collège américain de rhumatologie, ont une importance clinique; ils doivent être recherchés systématiquement bilatéralement: il s'agit notamment de l'insertion des muscles occipitaux, des espaces intervertébraux latéraux entre C5 et C7, etc.

L'UAP soutient que dame G. a appris par le Dr. M. qu'elle souffrait de fibromyalgie. Si, lors de la première consultation, le 4 décembre 1987, le Dr. M. dit avoir posé le diagnostic de fibrosite, il n'en a pas parlé à sa patiente. Lors de la deuxième consultation, le 12 décembre, il dit l'avoir "vraisemblablement" fait au motif "qu'un traitement de fond (Laroxyl) a été prescrit ce jour-là", étant précisé que ce médicament est spécifiquement destiné à soigner l'affection diagnostiquée. Ce témoin fait donc reposer son affirmation sur l'association médicament-maladie, qui s'opère dans son esprit de médecin, en raison de ses connaissances médicales. Il n'affirme toutefois pas formellement, ni dans ses réponses au juge, ni lors de son entretien avec l'expert O., avoir déclaré à dame G. qu'elle souffrait d'une fibrosite. A l'expert, le Dr. M. confirme que le diagnostic de fibrosite "a été évoqué avec la patiente lors de cette consultation"; par contre, il n'est pas indiqué au dossier du Dr. M. qu'il ait informé spécifiquement sa patiente du diagnostic de fibrosite, alors que l'on s'y attendrait plutôt puisque ce médecin considère cette affection comme "une atteinte sérieuse à la santé, dans le sens de souffrance physique majeure, qui s'accompagne très fréquemment d'une grande souffrance morale". De même, le Dr. R., qui dit avoir eu connaissance de la fibromyalgie de sa patiente par un rapport reçu le 17 décembre 1987 du Dr. M., ne se souvient pas d'en avoir informé dame G. et ne sait pas si elle a été mise au courant par le Dr. M. Quant au Dr. Gr. - qui a soigné dame G. en 1989 pour une sinusite et a effectué sur elle en 1991 une arthroscopie -, il n'a jamais été informé par sa patiente qu'elle avait été traitée par le Dr. M. pour une fibromyalgie, alors que la recherche des maladies antérieures fait partie de l'anamnèse - à laquelle, comme tout médecin consciencieux, le Dr. Gr. a procédé - et que dame G. n'avait aucune raison de taire au Dr. Gr. cette maladie, si elle en avait eu connaissance.

L'expert O. n'apporte aucun élément nouveau: il ne fait que rapporter les propos du Dr. M., confirmer le caractère topique du Laroxyl pour le traitement de la fibromyalgie, mais ne peut que constater l'absence d'indice objectif d'une information à la patiente du diagnostic posé, le dossier médical du Dr. M. étant muet à ce sujet. De surcroît, l'expert O. relève que l'anamnèse du Dr. M. ne mentionne pas le caractère diffus (spécifique de la fibromyalgie) des douleurs dont se plaignait la patiente ni la palpation des points fibromyalgiques typiques, et conclut qu'"on peut considérer qu'il s'agissait d'une forme atypique de fibromyalgie"; cette constatation affaiblit d'autant l'évidence du diagnostic de fibromyalgie que déclare avoir posé le Dr. M. et la probabilité de sa communication à la patiente. Cette dernière pouvait au demeurant légitimement mettre les douleurs musculaires ressenties sur le compte des efforts excessifs fournis dans son travail quotidien pour soulever les enfants dont elle s'occupait.

La polyarthrite rhumatoïde ultérieurement diagnostiquée ne saurait constituer la preuve de l'existence antérieure de la fibromyalgie, l'évolution de celle-ci en celle-là étant exclue selon le Dr. M., alors que l'expert O. n'envisage que la coïncidence des deux maladies, mais non la transformation de l'une en l'autre. Au demeurant, la question n'est pas tant de savoir si dame G. a effectivement été atteinte de fibromyalgie ou non que de déterminer si elle en avait été informée avant le 2 mars 1990, date à laquelle elle a signé la proposition de la nouvelle police.

Sur le vu des divers éléments passés en revue ci-dessus, la Cour retient que, au moment où elle a répondu aux questions de l'agent général Og. - dont il faut souligner qu'il fut l'initiateur de la rencontre et de la modification de la police existante - dame G. n'avait pas conscience qu'elle était atteinte de fibromyalgie.

Motifs: Introduite avant le 1er janvier 1999, la présente cause est soumise à l'ancien droit (art. 317 al. 1 CPC).

Selon l'art. 46a de la loi sur le contrat d'assurance (LCA), le for judiciaire pour les prétentions découlant de contrats d'assurance est régi par les art. 26 ss de la loi du 23 juin 1978 sur la surveillance des assurances. Aux termes de l'art. 28 al. 1 de cette loi, l'assuré a le choix entre le for ordinaire et celui de son domicile en Suisse; les conditions générales de l'UAP, à leur chiffre 17.1 offrent le même choix. La Cour de céans est donc compétente *ratione fori* vu le domicile de la demanderesse.

Elle l'est aussi *ratione valoris*, la valeur litigieuse étant supérieure à 8'000 fr. (art. 5 al. 1 et 8 aCPC). Le litige a pour objet le contrat d'assurance conclu le 6 mars 1990, résilié le 31 mai 1996 par la défenderesse; la valeur litigieuse est constituée non seulement par les conclusions chiffrées de la demanderesse, mais aussi - étant donné sa conclusion n° 1, constatatoire - par les prestations auxquelles serait tenue la défenderesse dans le futur si le contrat est maintenu (ATC du 29.10.1992 J. c/ T.; Guldener, Schweizerisches Zivilprozessrecht, 3e éd., p. 110 n. 16; Frank/Sträuli/Messmer, Kommentar zur zürcherischen Zivilprozessordnung, 3e éd., § 18 ch. 1).

Outre le capital au décès de 100'000 fr., il faut tenir compte de la rente annuelle de 10'000 fr. - payable jusqu'à l'échéance du contrat en 2012 -, qui doit être capitalisée à compter de l'ouverture d'action (Poudret, COJ I, ad art. 36 ch. 8.4 et 8.5; Frank/Sträuli/Messmer, op. cit., § 21 ch. 1). Lors de l'ouverture d'action en 1996, la demanderesse était âgée de 47 ans; vu l'échéance du contrat, la rente était payable durant 15 ans: selon la table 34 (Stauffer/Schaetzle, Tables de capitalisation, 4e éd., Zurich 1990), c'est le facteur 11,58 qui s'applique et qui donne une valeur capitalisée de 115'800 fr. Il faut en déduire 51'925 fr., valeur capitalisée de la prime annuelle de 4'484 fr., ce qui donne 63'875 fr. Il faut ainsi retenir pour valeur litigieuse le montant de 163'875 fr.

Aux termes de l'art. 4 al. 1 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 connus ou doivent l'être lors de la conclusion du contrat. Sont importants tous les faits de nature à influencer sur la détermination de l'assureur de conclure aux conditions convenues; on considère en particulier que sont réputés importants les faits au sujet desquels l'assureur a posé par écrit des questions précises, non équivoques (ATF 118 II 333 consid. 2a).

Selon l'art. 6 LCA, 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.

Pour juger si le proposant a rempli ou non ses obligations quant aux déclarations à faire, il ne faut adopter ni un critère purement subjectif, ni un critère purement objectif (ATF 118 II 333 consid. 2b; 116 II 338 consid. 1c). Du moment que la loi ne se contente pas de ce que le proposant communique à l'assureur, en réponse aux questions correspondantes, les faits importants pour l'appréciation du risque qui lui sont effectivement connus, mais qu'elle prescrit en outre que le proposant doit déclarer également les faits importants pour l'appréciation du risque qui doivent être connus de lui, cette loi institue un critère objectif, indépendant de la connaissance effective qu'a le proposant des faits concrets. 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. En effet, celui-ci doit déclarer à l'assureur, outre les faits importants pour l'appréciation du risque qui lui sont effectivement connus, non pas d'une façon générale tous les faits de cette nature qui sont objectivement reconnaisables lors de la conclusion du contrat, mais seulement ceux qui font l'objet de questions écrites qui lui sont connus ou doivent être connus de lui.

Ce qui est finalement décisif, c'est de juger si et dans quelle mesure le proposant pouvait donner de bonne foi une réponse négative - ou s'abstenir de répondre - 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; le proposant 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.

Il ne faut admettre qu'avec une grande retenue l'existence d'une réticence. Cette retenue s'impose déjà du fait de la rigueur de la loi, qui prévoit la résolution du contrat, non son adaptation (ATF 118 et 116 précités; ATF 101 II 344). Mais la violation du devoir concernant les déclarations obligatoires s'apprécie sans égard à une éventuelle faute du preneur (ATF 109 II 60 ss.).

Selon la défenderesse, la demanderesse n'a pas révélé, à tort, qu'elle était atteinte de fibromyalgie.

Si le Dr. M. a diagnostiqué en décembre 1987 une fibrosite (ou fibromyalgie) chez sa patiente, la demanderesse, il ne le lui a pas communiqué, ainsi que cela a été retenu en faits. Celle-ci ne savait donc pas quelle était atteinte de cette maladie. Elle ne pouvait soupçonner d'elle-même la gravité de cette affection, car les symptômes qui l'avaient amenée à consulter le Dr. M. - sur conseil de son médecin traitant le Dr. R. - ne présentaient rien d'alarmant ni d'extraordinaire (lombosciatalgies du côté gauche avec des paresthésies nocturnes) pour une personne appelée à faire souvent des efforts pour soulever les enfants et adolescents dont elle s'occupait professionnellement. La demanderesse avait d'autant moins de raisons de s'alarmer que, durant son traitement chez le Dr. M., elle n'a jamais dû suspendre son activité sur ordonnance du dit médecin. Profane en médecine, la demanderesse n'était évidemment pas en mesure de mesurer la gravité de son état et encore moins de mettre un nom sur l'affection dont elle était atteinte. Comme de surcroît, la proposition a été remplie par B., chef de bureau d'Og., agent général de l'UAP, et en présence de ce dernier, la demanderesse, ainsi guidée dans les réponses à donner au questionnaire, pouvait de bonne foi répondre comme elle l'a fait à la rubrique 6, sans indiquer à la question 8 le traitement chez le Dr. M., qui ne l'avait nullement marquée. La mention, conforme à la vérité, du Dr. R. comme médecin de famille démontre encore la bonne foi de la demanderesse puisque, par sa signature, celle-ci autorisait la défenderesse à prendre tout renseignement auprès de ce médecin, qui avait adressé sa patiente au Dr. M. et ne pouvait dès lors rien ignorer de l'état de santé de la demanderesse. Par ailleurs, le fait qu'il s'agissait aux yeux de l'assurée d'une simple remise à jour du précédent contrat à des fins fiscales, suggérée par l'agent général de l'assurance et non requise par l'assurée, n'a certainement pas eu pour effet d'attirer particulièrement son attention sur les conditions de base de l'assurance, mais l'aura, au contraire, convaincue qu'il s'agissait d'une simple formalité.

C'est donc à tort que la défenderesse a excipé d'une réticence de la demanderesse pour résoudre le contrat d'assurance du 6 mars 1990. On peut dès lors se dispenser d'examiner si la défenderesse a invoqué en temps utile la prétendue réticence, ce qui paraît discutable si l'on considère qu'elle l'a appris par le certificat médical du Dr. M., envoyé le 1er mai 1996. La question peut rester ouverte.

La résiliation pour réticence étant nulle, le contrat d'assurance n° .. continue à déployer ses effets et la demanderesse a droit aux prestations prévues par cette police, soit la

libération du paiement des primes , après un délai d'attente de trois mois à compter du début de l'incapacité de gain et une rente annuelle de 10'000 fr. après un délai d'attente de 720 jours dès le début de l'incapacité de gain.

L'incapacité de gain remonte au 27 octobre 1994, ainsi que cela résulte de la décision rendue le 16 février 1996 par l'AI. La prime trimestrielle fixée par le contrat s'élève à 1'154 fr. 60. Compte tenu du délai d'attente de 90 jours, la libération du paiement des primes devenait effective au 27 janvier 1995, échéance reportée par simplification - à l'instar du décompte de la demanderesse - au 1er février 1995; or pour la période du 2 février au 30 septembre 1995, la défenderesse a fourni ses prestations afférentes à la libération du paiement des primes en versant, selon son décompte du 6 juillet 1995, un montant de 1'1911 fr. 50 à la demanderesse. Celle-ci n'a donc plus de prétention à faire valoir à ce titre pour la dite période.

Pour la période du 1er octobre 1995 au 31 décembre 1998 en ce qui concerne la libération du paiement des primes, et du 2 novembre 1996 (recte 27 octobre) - après un délai d'attente de 720 jours - au 31 décembre 1998 en ce qui concerne la rente annuelle, la demanderesse se réfère au décompte établi par la défenderesse par lettre du 6 avril 1998, d'où il ressort un solde de 21'376 fr. 40 en faveur de l'assurée.

La demanderesse a encore droit pour la période du 1er janvier 1999 au 29 février 2000 à titre de rente à 11'666 fr. 70, selon lettre du 11 février 2000 de la défenderesse.

Au total, la défenderesse doit à la demanderesse: - jusqu'au 31 décembre 1998, 21'376 fr.40. - du 1er janvier 1999 au 29 février 2000, 11'666 fr.70.

Dus conformément au contrat après un délai d'attente de 90 respectivement 720 jours, aux échéances fixées par les conditions générales - après les trois mois d'attente pour la libération des primes, à partir de la fin du délai d'attente contractuel pour la rente -, ces montants porteront intérêt à 5 % (art. 104 CO) à compter du 1er décembre 1997, échéance moyenne, pour le premier et dès le 1er août 1999, échéance moyenne, pour le deuxième.

Pour le surplus, la demanderesse a un réel intérêt à ce que sa conclusion n° 2 soit admise. En effet, il s'agit de faire reconnaître le principe selon lequel AXA doit s'acquitter envers elle de toutes les prétentions découlant de la police UAP n° .. . Cela étant justifié, il y a lieu d'en donner acte ici à dame G.

Le sort des frais doit être réglé en fonction de l'art. 302 aCPC, applicable par renvoi de l'art. 317 al. 1 CPC.

La demanderesse obtenant gain de cause en quasi-totalité, les frais doivent dès lors être mis à charge de la défenderesse, partie qui succombe.

Les frais comprennent les débours de l'autorité et l'émolument de justice (art. 2 al 1 LTar). Les débours correspondent notamment aux frais d'expertise, de témoins et d'huissier (art. 5, 6 et 8 al 2 LTar). En l'espèce, les débours de l'instruction s'élèvent à 2'709 fr. et ceux du Tribunal cantonal à 25 fr. (huissier), soit au total 2'734 francs.

L'émolument est fixé en fonction de la valeur litigieuse, de l'ampleur et de la difficulté de la cause, de la façon de procéder des parties et de leur situation financière (art. 11 al

1 LTar). Pour une cause d'une valeur litigieuse située entre 100'000 et 200'000 fr., il oscille entre 5'000 et 15'000 fr. Pour la valeur litigieuse de 163'875 fr. et compte tenu de la difficulté moyenne de l'affaire, l'émolument est fixé à 10'000 fr., portant ainsi le total des frais à 12'734 fr., dont le paiement incombe en totalité à la défenderesse.

Compte tenu des avances faites - 6'007 fr. 80 au total -, la défenderesse versera à la caisse du Tribunal cantonal 6'726 fr. 20 et remboursera à la demanderesse les avances faites par 4'250 francs.

Les dépens, arrêtés globalement, comprennent l'indemnité à la partie pouvant y prétendre et ses frais d'avocat (art. 3 al 1 LTar), qui comprennent eux-mêmes les honoraires et les débours (art. 3 al 3 LTar). Les débours judiciaires des avocats couvrent leurs dépenses effectives justifiées (frais de copie à 50 cts, déplacement à 60 cts le km et frais postaux selon le tarif en vigueur); sur le vu du décompte (art. 30 al. 2 LTar), les débours de la demanderesse sont arrêtés à 250 francs.

Les honoraires sont fixés entre le minimum et le maximum prévu par le tarif, d'après la nature et l'importance de la cause, ses difficultés, l'ampleur du travail, le temps utilement consacré et la situation financière des parties. En règle générale, ils sont proportionnels à la valeur litigieuse (art. 26 al 1 et 2 LTar), ce qui veut dire qu'ils doivent se situer dans la présente affaire entre 11'600 et 16'000 francs.

En l'espèce, compte tenu de la valeur litigieuse et du degré de difficulté moyenne de la cause, les honoraires sont fixés à 13'600 fr. Dès lors, en tenant compte des débours, c'est un montant de 13'850 fr. qu'AXA versera à la demanderesse à titre de dépens.

Par ces motifs,

PRONONCE

1. Le contrat d'assurance, police n° .., conclu le 6 mars 1990 entre Union UAP Compagnie d'assurances sur la vie (actuellement AXA compagnie d'assurances sur la vie) et M. G.-P. continue à lier les parties et à déployer ses effets.

2. AXA compagnie d'assurances sur la vie est condamnée à payer à M. G.-P. toutes les prestations découlant de la police d'assurance n° ..

3. AXA compagnie d'assurances sur la vie versera à M. G.:

a) 21'376 fr. 40 avec intérêts à 5 % dès le 1er décembre 1997;

b) 11'666 fr. 70 avec intérêts à 5 % dès le 1er août 1999.

4. Les frais, par 12'734 fr., sont mis à la charge d'AXA compagnie d'assurances sur la vie, qui versera 6'726 fr. 20 à la caisse du Tribunal cantonal et restituera 4'250 fr. à M. G. à titre de remboursement d'avances.

5. AXA compagnie d'assurance sur la vie versera à M. G. une indemnité de 13'850 fr. à titre de dépens.