

Bundesgericht

Tribunal fédéral

Tribunale federale

Tribunal federal



{T 0/2}  
5C.113/2003 /dxc

**Séance du 13 novembre 2003**  
**Ile Cour civile**

Composition

MM. et Mmes les Juges Raselli, Président,  
Escher, Meyer, Hohl et Marazzi.  
Greffière: Mme Krauskopf.

Parties

X. \_\_\_\_\_,  
demandeur et recourant, représenté par Me Jacques  
Micheli, avocat, place Pépinet 4, case postale 3309,  
1002 Lausanne,

**contre**

A. \_\_\_\_\_, Société suisse d'assurances sur la vie,  
défenderesse et intimée.

Objet

Contrat d'assurance,

recours en réforme contre l'arrêt de la Chambre des  
recours du Tribunal cantonal du canton de Vaud du  
27 mars 2003.

## **Faits:**

### **A.**

Le 28 mai 1992, X.\_\_\_\_\_, chauffeur-livreur de profession, a été victime d'un accident de la circulation en Espagne lors duquel il a subi un traumatisme cranio-cérébral, un syndrome cervical post-traumatique et des contusions de la paroi thoracique antérieure gauche. Son état de santé a nécessité une hospitalisation de quatre jours et un traitement physiothérapeutique de quatre mois. X.\_\_\_\_\_ a été en incapacité de travail entière pendant trois semaines.

Le 17 février 1994, X.\_\_\_\_\_ et son épouse en tant que coassurée ont signé une proposition de souscription à une assurance-vie auprès de A.\_\_\_\_\_ Société suisse d'assurances sur la vie. Parallèlement, X.\_\_\_\_\_ a signé un formulaire relatif à son état de santé. Ces documents ont été remplis par un agent de l'assurance sur la base des indications données par X.\_\_\_\_\_. A la question numéro 1a du formulaire "Avez-vous été examiné ou soigné par un médecin ces trois dernières années?", il a été répondu sous la colonne "Nature de l'affection, résultat de l'examen etc." "accident voiture, contrôle", sous la colonne "Quand" "5.92", sous celle intitulée "Durée" "1 sem." et sous la colonne "Suites" "aucune". X.\_\_\_\_\_ a par ailleurs répondu négativement à la question 13c de savoir s'il avait déjà été soigné dans un hôpital, un sanatorium, une clinique ou un établissement de cure.

L'assurance a accepté la proposition le 2 mars 1994. Le contrat d'assurance prévoit le versement d'un montant de 50'000 francs à X.\_\_\_\_\_ en cas de vie le 1er mars 2018 ou à son épouse en cas de décès avant cette date ainsi qu'une dispense du versement des primes de 2'180 francs par année en cas d'incapacité de gain.

En raison de douleurs à la nuque, au dos et dans la région lombaire, X.\_\_\_\_\_ a été en incapacité de travail à 100 % du 11 au 31 janvier 2000 et l'est à 50 % depuis le 1er février 2000.

Le 28 avril 2000, son médecin traitant a signalé dans un rapport le diagnostic posé en 1992 à la suite de l'accident et l'incapacité de travail de trois semaines s'en étant suivie.

Le 12 mai 2000, l'assurance s'est départie du contrat pour cause de réticence.

**B.**

X.\_\_\_\_\_ a ouvert action le 31 janvier 2001 devant le Tribunal civil de l'arrondissement de Lausanne concluant à la constatation que la police d'assurance n'a pas été valablement résolue et à la libération du paiement des primes à raison de 100 % pour la période du 11 au 31 janvier 2000 et à raison de 50 % dès le 1er février 2000. Par jugement du 9 novembre 2001, le Président du Tribunal d'arrondissement a fait droit aux conclusions de X.\_\_\_\_\_.

La Chambre des recours du Tribunal cantonal vaudois a admis le 27 mars 2003 le recours formé par l'assurance et rejeté l'action de X.\_\_\_\_\_.

**C.**

Ce dernier interjette un recours en réforme. Concluant à la réformation du jugement attaqué, il reprend ses conclusions de première instance. Il requiert en outre le bénéfice de l'assistance judiciaire.

Le Tribunal cantonal se réfère à son jugement. Invitée à répondre, la défenderesse conclut au rejet du recours.

**Le Tribunal fédéral considère en droit:**

**1.**

Compte tenu de la suspension des délais prévue à l'art. 34 al. 1 let. a OJ, le recours est formé en temps utile. Interjeté contre une décision finale rendue par le tribunal suprême du canton dans une contestation civile de nature pécuniaire, le recours est recevable au regard des art. 48 al. 1 et 54 al. 1 OJ. Comme les droits contestés devant la dernière instance cantonale atteignent 8'000 fr., il l'est aussi selon l'art. 46 OJ.

**2.**

Dans la mesure où le demandeur s'écarte des constatations de fait de l'autorité cantonale sans se prévaloir valablement d'une violation des dispositions fédérales en matière de preuve ou d'une inadvertance manifeste (art. 55 al. 1 let. c et 63 al. 2 OJ), son recours est irrecevable. Tel est notamment le cas lorsqu'il soutient que sa proposition a été acceptée selon une procédure simplifiée. L'autorité cantonale a retenu que l'agent d'assurance avait déclaré que son rôle consistait à remplir une proposition d'assurance complète. L'autorité cantonale a également retenu que le demandeur n'avait pas prouvé

qu'il n'avait pas à répondre à la question 13 du formulaire. Dans la mesure où le demandeur s'écarte de ces constatations, son grief est irrecevable.

### **3.**

Le demandeur fait valoir que l'autorité cantonale aurait violé l'art. 8 CC en écartant, sans même l'entendre, le témoignage de son épouse, selon lequel il avait signalé à l'agent d'assurance qu'il avait été brièvement hospitalisé.

**3.1** L'art. 8 CC désigne celui qui, du titulaire du droit ou de sa partie adverse, doit supporter les conséquences de l'échec de la preuve d'un fait. L'art. 8 CC confère également à la partie chargée du fardeau de la preuve la faculté de prouver ses allégations dans les contestations relevant du droit civil fédéral, pour autant qu'elle ait formulé un allégué régulier selon le droit de procédure, que les faits invoqués soient juridiquement pertinents au regard du droit matériel et que l'offre de preuve correspondante satisfasse, quant à sa forme et à son contenu, aux exigences du droit cantonal. La question de savoir si le juge s'est convaincu à tort ou à raison de l'existence d'un fait après avoir apprécié les preuves, ne relève plus de l'application de l'art. 8 CC. Cette disposition ne peut être invoquée pour tenter de faire corriger l'appréciation des preuves, qui ressortit au juge du fait (ATF 128 III 22 consid. 2d p. 25; 127 III 248 consid. 3a p. 253 et les arrêts cités).

**3.2** En l'espèce, l'autorité cantonale n'a pas refusé d'administrer une preuve. Elle a au contraire procédé à l'appréciation du témoignage figurant déjà au dossier de l'épouse du demandeur. Elle a écarté ce témoignage au motif que, émanant d'un proche intéressé au sort du litige, il n'était corroboré par aucun autre élément du dossier. Partant, elle a retenu que le demandeur n'avait pas signalé son hospitalisation lors de la souscription de la proposition d'assurance. Ce faisant, l'autorité cantonale a procédé à l'appréciation des preuves; elle n'a pas violé l'art. 8 CC. Le grief est par conséquent mal fondé.

### **4.**

Le demandeur se plaint d'une violation des articles 4 et 6 LCA. Aucune réticence en relation avec les réponses données sous chiffres 1a et 13c du formulaire accompagnant la proposition d'assurance ne saurait lui être reprochée.

**4.1** 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). Si, lors de la conclusion du contrat d'assurance, celui qui devait faire la déclaration a 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 (art. 6 LCA).

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 de risque, mais aussi des circonstances qui permettent de conclure à l'existence de facteurs de risque. D'après la jurisprudence, il résulte clairement du texte des art. 4 et 6 LCA qu'il ne faut adopter ni un critère purement subjectif, ni un critère purement objectif pour juger si le proposant a rempli ou non ses obligations quant aux déclarations à faire. Ce qui est décisif, c'est de juger si et dans quelle mesure le proposant pouvait donner de bonne foi une réponse déterminée à une question de l'assureur, selon la connaissance qu'il avait de la situation (ATF 118 II 333 consid. 2a p. 336; 116 V 218 consid. 5a et b p. 226).

**4.2** En l'espèce, il n'est pas contesté que la défenderesse a agi dans le délai de quatre semaines prévu par l'art. 6 LCA. Le litige porte uniquement sur le point de savoir si le demandeur a ou non commis une réticence.

**4.2.1** L'autorité cantonale a retenu une réticence sur deux points: d'une part, du fait que le demandeur avait omis d'indiquer à la question 1a qu'à la suite de l'accident de voiture en 1992, il avait subi une incapacité de travail de trois semaines et un traitement physiothérapeutique de quatre mois environ. Le fait de ne pas indiquer sous chiffre 13c qu'il avait été hospitalisé était, d'autre part, également constitutif de réticence.

**4.2.2** Le demandeur objecte qu'il pouvait de bonne foi considérer que la question de la durée des examens ou des soins reçus par un médecin les trois dernières années (question 1a) se rapportait aux

contrôles médicaux à l'exclusion de tout autre traitement, physiothérapeutique notamment. La colonne intitulée "Suites" pouvait laisser penser que seules des séquelles durables devaient être mentionnées, la formule ne posant aucune question quant à une incapacité de travail passée ou un suivi physiothérapeutique. Par ailleurs, la notion de soins reçus dans un hôpital (question 13c) suppose, de l'avis du demandeur, une intervention ou un traitement. Dès lors qu'il n'a subi ni intervention ni traitement lors de son séjour à l'hôpital en 1992, il n'avait pas à mentionner son hospitalisation.

**4.3** La question 13c du formulaire interroge le proposant sur le point de savoir s'il a été soigné dans un hôpital, un sanatorium, une clinique ou un établissement de cure. Cette question est claire; contrairement à ce que soutient le demandeur, il n'est pas besoin de l'interpréter. Il n'est pas nécessaire de subir une intervention ou un traitement particulier pour être "soigné" dans un établissement médical. Le patient qui est en observation à l'hôpital est également soigné, les soins consistant précisément dans l'examen attentif du malade, de son comportement, de ses réactions, de l'évolution de son état, tous renseignements qui sont notés dans son dossier et qui sont exploités pour poser le diagnostic. Ce qui importe est que l'état de santé du proposant ait nécessité une hospitalisation. Appelé à répondre à la question d'un assureur, dans le cadre de la conclusion d'un contrat d'assurance, de savoir s'il a été soigné dans un hôpital, le proposant doit par conséquent, sous peine de commettre une réticence, indiquer toute hospitalisation, même s'il n'y a pas subi d'intervention ou de traitement médical particulier (ATF 110 II 499 consid. 4d p. 503).

L'autorité cantonale a retenu de manière à lier le Tribunal fédéral (cf. art. 63 al. 2 OJ) que le demandeur avait été hospitalisé pendant quatre jours à la suite de son accident en 1992. Elle a également constaté qu'il avait subi, en raison de l'accident, une incapacité de travail de trois semaines et qu'il avait dû suivre un traitement de physiothérapie pendant quatre mois. Le demandeur n'a signalé aucun de ces éléments à la défenderesse. Il a au contraire laissé entendre en réponse à la question 1a que l'accident de voiture de 1992 était resté sans conséquences. La défenderesse l'a expressément interrogé au chiffre 13c du questionnaire quant à un éventuel séjour en milieu hospitalier. La question était claire et, comme le demandeur n'a signalé en réponse aux autres questions du formulaire ni son hospitalisation ni les autres conséquences subies lors de son accident de 1992, il ne pouvait, de bonne foi, passer son hospitalisation sous silence.

#### **4.4**

**4.4.1** Le demandeur soutient qu'une réponse affirmative à la question 13c n'aurait pas exercé d'influence sur la décision de la défenderesse de conclure un contrat avec lui.

**4.4.2** L'autorité cantonale a retenu que l'annonce de l'hospitalisation aurait été de nature à provoquer une autre détermination de la part de l'assurance. Dans la mesure où l'autorité cantonale ne fonde pas la détermination de la volonté hypothétique de l'assurance sur des indices concrets, mais exclusivement sur l'expérience générale de la vie, le Tribunal fédéral peut revoir cette détermination dans le recours en réforme (ATF 126 III 10 consid. 2b p. 12; 118 II 365 consid. 1 p. 366).

**4.4.3** En l'espèce, selon l'expérience, l'assurance n'aurait pas contracté de la même manière avec le demandeur si elle avait eu connaissance de son hospitalisation et des affections la justifiant. Elle aurait, à tout le moins, émis une réserve quant à une incapacité de gain future liée à des troubles en relation avec les lésions subies lors de l'accident. Il est en effet courant que des personnes ayant subi notamment un traumatisme cranio-cérébral et un syndrome cervical post-traumatique souffrent par la suite d'affections invalidantes touchant les cervicales et les lombaires. L'hospitalisation et les circonstances l'ayant rendue nécessaire étaient ainsi de nature à permettre à la défenderesse d'apprécier différemment les facteurs du risque qu'elle allait assurer. C'est donc à juste titre que l'autorité cantonale a estimé que la réticence du demandeur portait sur un fait important de nature à susciter une autre détermination de la part de l'assurance.

**4.5** Dès lors que l'autorité cantonale a retenu sans violer le droit fédéral que le demandeur avait commis une réticence en omettant d'indiquer son hospitalisation au chiffre 13c du formulaire, il est superflu d'examiner si elle a retenu à bon droit que le fait d'avoir tu l'incapacité de travail et le traitement physiothérapeutique subis en 1992 était également constitutif d'une réticence.

#### **5.**

Infondé, le recours doit être rejeté aux frais de son auteur (art. 156 al. 1 OJ). Ce dernier requiert l'assistance judiciaire. Il ne joint cependant aucune pièce attestant de sa situation financière. En outre, selon ses propres indications ressortant du dossier, son épouse et lui réalisent ensemble un revenu mensuel brut de 9'975 fr., allocations familiales incluses, et ont des charges mensuelles de 4'488 fr. (loyer 1'995 fr., assurances maladie 893 fr., frais de transport 100 fr.,

alimentation 1'500 fr.). Le couple disposant ainsi d'un montant de plus de 5'000 fr. par mois, le recourant ne peut être considéré comme indigent au sens de l'art. 152 OJ. Partant, la requête d'assistance judiciaire doit être rejetée. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la défenderesse n'étant pas représentée par un mandataire professionnel (art. 159 al. 1 OJ; arrêt 4C.269/2002 du 17 décembre 2002, consid. 4).

**Par ces motifs, le Tribunal fédéral prononce:**

**1.**

Le recours en réforme est rejeté dans la mesure où il est recevable.

**2.**

La requête d'assistance judiciaire est rejetée.

**3.**

Un émolument judiciaire de 1'500 francs est mis à la charge du demandeur.

**4.**

Le présent arrêt est communiqué en copie aux parties et à la Chambre des recours du Tribunal cantonal du canton de Vaud.

Lausanne, le 13 novembre 2003

Au nom de la IIe Cour civile  
du Tribunal fédéral suisse

Le président:

La greffière: