

C1 04 187

JUGEMENT DU 3 MAI 2006

COUR CIVILE II

Composition de la Cour : Jean-Pierre Derivaz, président; Françoise Balmer Fitoussi, juge; Béatrice Neyroud, juge suppléante; Christian Roten, greffier.

dans la cause

X, demandeur, représenté par Me Antoine Zen Ruffinen, avocat à Sion,

contre

Y Compagnie d'Assurances sur la Vie,
défenderesse, représentée par Me Christian Favre, avocat à Sion.

(réticence; art. 6 aLCA)

PROCEDURE

Le 16 juin 2003, X a ouvert action devant le juge de district de Sion à l'encontre de la Y Compagnie d'Assurances sur la Vie (ci-après : la Y) et a pris les conclusions suivantes

- "1. La Y Assurances, est reconnue devoir à M. X, à (cogne, sur la base de la police XXX, une rente annuelle de 15'000 fr. dès le 24 novembre 2000, les prestations échues avant cette date devant porter intérêt à 5% l'an dès la date de leur échéance.
2. Les frais de procédure et de jugement sont mis à la charge de la défenderesse.
3. Il est alloué au demandeur une juste indemnité pour ses dépens."

Au terme de son mémoire-réponse du 20 octobre 2003, la Y a soulevé l'exception de prescription pour, le cas échéant, les prestations dues avant le 16 juin 2001, et a conclu au rejet de la demande avec suite de frais et dépens.

Les 1er et 9 décembre 2003, chaque partie a déposé une réplique, respectivement une duplique.

Lors du débat final du 16 mars 2006, demandeur et défenderesse ont maintenu leurs conclusions.

SUR QUOI LE TRIBUNAL CANTONAL

I. Statuant en faits

1. X est né le 30 mai 1960. A la fin de sa scolarité, il a entrepris un apprentissage d'ébéniste chez B et a obtenu un CFC. En 1982, il s'est installé à son compte. Il a alors travaillé essentiellement en atelier à la restauration de meubles. De 1995 à 1998, il a réalisé un chiffre d'affaires moyen de l'ordre de 50'000 fr. par an. En 1989, X a épousé D née E. De cette union sont issus deux enfants. En 1989, sa femme a contracté un emprunt pour faire face à des investissements professionnels du demandeur.

A la suite d'un accident de moto survenu en 1979, X a subi de graves lésions à la main gauche. Cette atteinte a entraîné une invalidité permanente de 20%.

2. Le père de X avait souffert, après la guerre, de problèmes de dos et avait été opéré d'une hernie discale.

A l'instar de celui-ci, X a occasionnellement souffert, depuis l'adolescence, de maux de dos, notamment après des efforts soutenus, ce qui l'a conduit à consulter plusieurs professionnels de la santé. Jusqu'en 1998, ces douleurs ne l'ont cependant pas entravé dans son activité professionnelle ou privée.

C'est ainsi qu'en 1983, X, alors âgé de 23 ans, a consulté le Dr T. Ce médecin a posé les diagnostics de lombalgie, bascule du bassin de 2,6 cm et scoliose. Au vu de l'examen du rachis, il a émis l'avis que ces troubles statiques étaient antérieurs à cet épisode douloureux. Il a prescrit le port d'une talonnette.

A l'occasion d'un cours de répétition de l'armée effectué du 28 mai au 9 juin 1984, X, après avoir porté de lourdes charges, a ressenti de violentes douleurs dans la région lombaire basse. Le 12 juin 1984, il a consulté le Dr J qui a constaté que X présentait une scoliose dorso-lombaire à grand rayon de courbure, avec bascule du bassin, avec un membre inférieur droit de 1,5 cm plus court que le gauche et une contracture musculaire paravertébrale lombaire bilatérale légèrement prédominante à droite, sensible à la palpation. Il a posé le diagnostic de lumbago discret sur troubles statiques des membres inférieurs (raccourcissement du membre inférieur droit). Le Dr J a prescrit dans un premier temps la prise de médicaments ainsi que des séances de physiothérapie, puis de la gymnastique médicale et de la natation.

En 1985, X a subi un blocage vertébral qui a nécessité une période d'observation de deux jours à l'hôpital de Sion du 17 juin au 19 juin 1985. Durant son hospitalisation, il a été notamment astreint à de la physiothérapie antalgique. A sa sortie, il a suivi des séances de physiothérapie du 20 juin au 15 juillet 1985 et s'est vu prescrire le port d'une talonnette. Le Dr W a posé le diagnostic de lombalgie et de raccourcissement de 1,5 cm du membre inférieur droit.

A la suite d'un nouveau cours de répétition qui s'est déroulé du 6 au 18 octobre 1986, X a ressenti des douleurs dans le dos. Le Dr C a posé le diagnostic de lombalgie, de trouble statique vertébral et de séquelles de troubles dystrophiques de croissance vertébrale. Ce médecin a prescrit à X des anti-inflammatoires et lui a recommandé le port d'une semelle de compensation. Ces

mesures ont permis une amélioration passagère. Cependant, en février 1987, les douleurs ont repris d'intensité provoquant un quasi-blocage vertébral, ce qui a conduit X à retourner, le 23 février 1987, chez le Dr C. Celui-ci a prescrit à son patient des séances de physiothérapie. Ces soins ont été prodigués de mars à septembre 1987 par F, physiothérapeute. X a en outre subi une infiltration.

En mars 1988, X a de nouveau consulté le Dr T en raison de lombalgies.

A la suite d'un nouveau cours de répétition en juin 1988 qui a réactivé les douleurs, X s'est rendu à plusieurs reprises de juillet à novembre 1988 chez le Dr L, à Sierre. Ce médecin a posé le diagnostic de syndrome vertébral lombaire sur dysfonction de l'articulation sacro-iliaque. Il a procédé à des séances de manipulation de l'articulation dysfonctionnelle et a conseillé le port d'une petite talonnette.

3. En 1990, le conseiller en assurance de X, R qui travaille pour l'assurance A, lui a recommandé de s'assurer contre le risque décès et incapacité de gagner auprès de la V compagnie d'Assurances sur la vie (ci-après : la V). C'est ainsi que le 14 septembre 1990, X a adressé à la V une proposition d'assurance. Lors de l'examen médical du 19 décembre 1990 effectué par le Dr M, X a répondu négativement aux questions suivantes :

"4a : Présentez-vous une affection quelconque ?

6a : Avez-vous été soigné dans un hôpital, un sanatorium ou un établissement thermal ?
Vous a-t-on ordonné une cure de repos, de désintoxication, une cure de diététique ou d'un autre genre ? Quand ? Pourquoi ?

6b : Avez-vous dû suivre un traitement physiothérapique ? Lequel ? Quand ? Pourquoi ?

10 : Avez-vous ou avez-vous eu l'une des affections ou l'un des troubles suivants :

g) maladie des **os** ou des **articulations**, rhumatismes, affections de la colonne vertébrale, lumbago, sciatique ?

12 : Avez-vous été traité par un **psychologue** ou un **chiropraticien** ?».

Lors de l'examen médical, le Dr M n'a pas décelé de malformations de la colonne vertébrale, ni d'affection des os, des articulations ou des disques intervertébraux. Il a considéré que X présentait un aspect sain au vu de son âge et que les occupations ou les habitudes de X ne risquaient pas de nuire à sa santé.

Le 6 mars 1991, la V a adressé à X une contre-proposition excluant l'incapacité de gagner due à l'invalidité partielle existante que celui-ci a acceptée le 8 mai 1991.

Selon la police du 24 mai 1991, la couverture d'assurance prenait effet au 29 novembre 1990. Les prestations assurées consistaient en un montant en capital dégressif partant de 200'000 fr. en cas de décès avant le 29 novembre 2025 et en une rente de 30'000 fr. payable après un délai d'attente de 24 mois en cas d'incapacité de gagner avant le 29 novembre 2025. En cas d'incapacité de gagner, l'assuré était en outre libéré du service des primes. Il devait s'acquitter de primes annuelles de 1616 fr., réduites à 960 fr. du 1^{er} novembre 2020 au 1^{er} novembre 2024.

Selon les conditions générales (ci-après : CGA) pour l'assurance complémentaire de rentes en cas d'incapacité de gagner auxquelles la police renvoyait, il y a incapacité de gagner lorsque, par suite de maladie ou de déclin de ses facultés mentales et physiques médicalement attestés, ou par suite d'un accident, l'assuré n'est plus à même d'exercer sa profession ou une autre activité lucrative correspondant à sa position sociale, à ses connaissances et à ses aptitudes (art. 2). Si l'assuré est partiellement incapable de gagner, les rentes sont accordées en proportion du degré de l'incapacité. Lorsque la capacité de gagner est diminuée de deux tiers ou plus, il est versé une rente entière ; une diminution de la capacité de moins d'un quart ne donne droit à aucune prestation (art. 3 ch. 1). En cas d'incapacité de gagner, l'ayant droit est tenu d'en aviser V par écrit, au plus tard six mois après le début de ladite incapacité, même si le délai d'attente n'est pas encore écoulé. En cas d'omission, V est en droit, pour le délai d'attente, de ne pas tenir compte de la période qui est de plus de six mois antérieure à la réception de cet avis (art. 9 ch. 1). Pour justifier son droit à la rente, l'ayant droit est tenu de produire, à ses frais, un rapport du médecin traitant sur la cause, le début, le cours et les suites de la maladie ou du déclin des facultés, ou sur les circonstances et les suites de l'accident, ainsi que sur le début, le degré et la durée probable de l'incapacité de gagner (art. 9 ch. 2). V n'est tenue à aucune prestation pour la période qui est de plus de trois mois antérieure à l'avis prévu à l'art. 9, chiffre 2 (art. 1 ch. 3).

Selon les CGA pour l'assurance complémentaire garantissant la libération du service des primes en cas d'incapacité de gagner, pour justifier son droit à la libération du service des primes, l'ayant droit est tenu de produire à ses frais un rapport du médecin traitant sur la cause, le début, le cours et les suites de la maladie ou du

déclin des facultés, ou sur les circonstances et les suites de l'accident, ainsi que sur le début, le degré et la durée probable de l'incapacité de gagner (art. 6 ch. 1). Si l'assuré n'est plus capable de gagner et que cette incapacité a duré trois mois sans interruption, V accorde la libération du service des primes pour la durée ultérieure de cette incapacité. V n'est tenue à aucune prestation pour la période qui est de plus de trois mois antérieure à la remise du rapport médical prévu à l'art. 6. Est considéré comme début de l'incapacité le jour où celle-ci a été médicalement constatée (art. 1). Si l'assuré est partiellement incapable de gagner, la libération du service des primes est accordée en proportion du degré de l'incapacité. Lorsque la capacité de gagner est diminuée des deux tiers ou plus, l'entière libération du service des primes est accordée. Une diminution de la capacité de moins d'un quart ne donne droit à aucune prestation (art. 3 ch. 1).

Par lettre du 27 septembre 1993, l'assureur a informé X de sa nouvelle raison sociale, à savoir Y Compagnie d'Assurances sur la Vie.

4. En 1994, X a consulté le Dr M pour des dorso-lombalgies. Celui-ci lui a prescrit un traitement de physiothérapie.

En 1996, X s'est rendu à une reprise chez VC, ostéopathe, en raison de douleurs cervicales. Il y est retourné à deux reprises en 1997.

Les 26 avril 1996, 14 juillet, 20 août et 17 septembre 1998, X a suivi des séances chez G, ostéopathe, en raison de lombalgies récidivantes. Ce praticien a constaté des dysfonctionnements articulaires sur plusieurs étages de la colonne vertébrale. Son patient l'a informé qu'il consultait d'autres praticiens parallèlement.

Dès le 20 novembre 1998, X a souffert de violents maux de dos qui l'ont entravé dans son activité professionnelle. Le 23 novembre 1998, il a consulté le Dr I, son beau-frère. Un scan lombaire, effectué le 25 novembre 1998, a révélé une discopathie L3-L4 et L4-L5. Dans un premier temps, X a été traité par la prise de médicaments, a suivi une physiothérapie antalgique, myorelaxante et de tonification musculaire avec école du dos et a pratiqué la natation et la gymnastique. Durant l'hiver 1998-1999, X a porté une semelle de compensation au pied droit. Il a été en incapacité de travail de 100% du 23 novembre au 2 décembre 1998, de 75% du 3 décembre 1998 au 14 janvier 1999 et de 50% du 15 janvier au 28 mars 1999.

Devant la persistance des douleurs, le Dr I a adressé X au service de rééducation fonctionnelle de l'Hôpital de G. Dans sa lettre d'introduction, le Dr I a signalé que son patient souffrait de lombalgies depuis de nombreuses années et avait suivi de nombreux traitements surtout par manipulations diverses, nécessaires 3 à 4 fois par année environ. Durant son hospitalisation du 29 mars au 17 avril 1999, X a été astreint à une physiothérapie intensive. Dans leur rapport du 28 avril 1999, les Dr Ri et P ont posé les diagnostics de lombalgies chroniques et d'altération statique et dégénérative de la colonne dorso-lombaire (séquelles de maladie de Scheuermann, discopathies lombaires étagées). Ils ont constaté que la symptomatologie douloureuse était exacerbée par les efforts. Les médecins ont protocolé les explications de leur patient, selon lesquelles son père et ses frères, longilignes et de grande taille, avaient tous souffert de douleurs du dos et qu'il avait lui-même été atteint de lombalgies chroniques basses depuis son adolescence ayant occasionné de multiples traitements surtout par manipulation plusieurs fois par année. Selon X, l'évolution de ses maux s'était lentement dégradée les dernières années. Ce n'était cependant qu'à la mi-novembre 1998 qu'il avait ressenti de très fortes douleurs à caractère invalidant et résistantes aux manipulations. Le rapport précisait que l'activité d'ébéniste de X, en raison de la conjoncture économique, ne l'occupait pas à plein temps et qu'il avait ainsi la possibilité de prendre soin de sa fille et d'exercer plusieurs activités secondaires dont l'entretien d'une petite ferme familiale. Les médecins ont émis l'avis que X risquait fort d'évoluer vers une invalidité dans sa profession d'ébéniste. Ils ont dès lors conseillé une reconversion professionnelle dans une profession qui limiterait les mouvements répétés de torsion et de flexion-extension du dos, la manipulation de charges qui n'excèdent pas 20 kg et des changements fréquents de position.

Depuis sa sortie d'hôpital, X a pu reprendre son activité d'ébéniste à mi-temps.

En 1999, X a encore suivi trois séances d'ostéopathie chez VC.

5. Pendant deux ans, X a perçu de la A des indemnités journalières au titre de l'assurance-maladie. Au vu de la persistance des douleurs et sur les conseils des médecins, X a pris la décision, en fin d'année 1999, de changer de métier. En automne 2000, il a commencé une formation d'animateur socio-culturel en cours d'emploi d'une durée de quatre ans. Il a déposé une requête de prestations

auprès de l'AI le 19 juillet 1999. Dans sa demande, il a indiqué que les douleurs avaient débuté il y a plus de vingt ans. Dans son rapport à l'intention de l'AI daté du 15 août 1999, le Dr I a en outre indiqué que son patient souffrait de maux de dos depuis son jeune âge adulte et avait besoin de traitements médicamenteux et physiothérapeutiques depuis de nombreuses années. Pour la durée de sa formation, l'AI lui a alloué des indemnités de reclassement.

6. En 2002, X a rencontré par hasard R et lui a fait part de ses problèmes de santé et de sa reconversion professionnelle. Le conseiller en assurance lui a alors rappelé sa couverture incapacité de gagner et a annoncé le cas auprès de la Y, le 4 décembre 2002.

Par lettre du 13 décembre 2002, la Y a expliqué avoir pris connaissance dans le cadre de l'instruction du cas d'assurance du rapport du 28 avril 1999 des Dr Ri et P et s'est prévalu du fait que X avait tu l'existence de maux de dos lors de la conclusion du contrat pour mettre fin à la relation d'assurance.

Le 1^{er} mai 2003, le mandataire de X a contesté que les conditions d'une réticence soient réalisées.

II. Considérant en droit

7. La valeur litigieuse de prestations périodiques est celle du capital qu'elles représentent (art. 17 al. 2 CPC). La capitalisation est déterminée au moyen des tables Stauffer/Schaetzle (Tables de capitalisation, 5^e éd., 2000; Frank/Sträuli/Messmer, Kommentar zur zürcherischen Zivilprozessordnung, 3^e éd., 1997, n. 1 ad § 21 ZPO; Schaetzle/Weber, Manuel de capitalisation, 2001, n° 2.857). Par définition une rente temporaire a une durée limitée. Elle court durant une certaine période ou jusqu'à un âge déterminé (Schaetzle/Weber, op. cit., n° 1.99). Si le montant de la rente demeure inchangé pendant toute sa durée, sa valeur capitalisée correspond au montant annuel multiplié par le facteur de capitalisation (Schaetzle/Weber, op. cit., n° 1.115). La table la est applicable à la capitalisation d'une rente sur la vie d'un homme jusqu'à l'âge de l'ANS.

En l'occurrence, l'objet litigieux est une rente temporaire en cas d'incapacité de gain, qui court jusqu'au 30 mai 2025, voire avant cette date en cas de décès de l'assuré. Le demandeur réclame le paiement de la rente à compter de 2000, année de

ses 40 ans. La valeur litigieuse s'élève dès lors à 245'700 francs (15'000 fr. x 16.38). Elle fonde la compétence du Tribunal cantonal pour juger la présente affaire en première et unique instance cantonale (cf. art. 23 al. 1 let. b CPC et 46 OJF). Au surplus, la compétence *ratione loci* n'est pas contestée (art. 10 LFors ; cf. aussi art. 17 CGA pour les assurances du risque-décès).

8. Le demandeur fonde ses prétentions sur le contrat d'assurance et conteste le motif de réticence invoqué par la défenderesse pour résilier le contrat.

8.1 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). Cette dernière présomption tend à faciliter la preuve de l'importance d'un fait pour la conclusion du contrat aux conditions prévues, en renversant le fardeau de la preuve (ATF 118 II 333 consid. 2a et les références citées). Les faits en question sont tous les éléments qui doivent être considérés lors de l'appréciation du risque et qui peuvent éclairer l'assureur, à savoir toutes les circonstances permettant de conclure à l'existence de facteurs de risque (ATF 118 II 333 consid. 2a et les arrêts cités).

Selon l'art. 6 LCA, dans son ancienne teneur (art. 102 LCA), si, lors de la conclusion du contrat d'assurance, celui qui devait faire la déclaration a 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. Il résulte du texte de l'art. 4 LCA, auquel renvoie l'art. 6 aLCA, que la personne astreinte à la déclaration des risques n'a pas à donner spontanément des informations; le défaut de toute question de la part de l'assureur au sujet de tel ou tel fait laisse présumer que ce fait n'est pas important; la preuve du contraire n'est pas recevable, de sorte qu'aucune réticence ne saurait être invoquée à l'encontre de celui qui serait demeuré muet sur un fait qui ne tombe sous le coup d'aucune question de l'assureur (Viret, *Droit des assurances privées*, 3e éd., Zurich 1991, p. 100; Maurer, *Schweizerisches Privatversicherungsrecht*, 3e éd., Berne 1995, p. 251; Roelli/Keller, *Kommentar zum Schweizerischen Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908*, Band

I, 2e éd., Berne 1968, p. 1001 s.; Nef, Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, Bâle 2001, n. 23 ad art. 4 LCA et les références citées ; ATF non publié du 23 juin 2005 dans la cause 5C.512005).

Pour décider si une question posée par l'assureur est précise et non équivoque au sens de l'art. 4 al. 3 LCA, il y a lieu de l'interpréter selon le principe de la confiance (ATF 101 II 339 consid. 2b p. 344; 116 II 338). Si une telle question a été posée, le fait sur lequel elle porte est réputé important (art. 4 al. 3 LCA). L'assuré peut toutefois renverser cette présomption en apportant la preuve que l'assureur aurait néanmoins conclu le contrat aux conditions prévues s'il avait connu le fait omis ou indiqué d'une façon inexacte. En d'autres termes, il doit établir que la fausse ou inexacte déclaration de ce fait n'aurait pas eu d'influence sur la détermination de l'assureur de conclure le contrat ou de le conclure aux conditions convenues (art. 4 al. 2 LCA; Nef, n. 56 ad art. 4 LCA ; ATF non publié du 9 août 2004 dans la cause 5C.43/2004).

Selon la jurisprudence, il ne faut adopter ni un critère purement subjectif, ni un critère purement objectif pour juger si le proposant a violé ou non son obligation de renseigner, laquelle s'apprécie au demeurant sans égard à une éventuelle faute du preneur. Il faut tenir compte des circonstances du cas particulier, notamment des qualités (intelligence, formation, expérience) et de la situation du proposant. Ce qui est décisif, c'est de déterminer si et dans quelle mesure le proposant pouvait donner de bonne foi une réponse inexacte à 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. Le proposant doit se demander sérieusement s'il existe un fait qui tombe sous le coup des questions de l'assureur; il remplit son obligation 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 (ATF 118 II 333 consid. 2b; 116 II 338 consid. 1c et les arrêts cités; Nef, n. 26 ad art. 4 LCA). En d'autres termes, ce qui importe, ce n'est pas l'exactitude objective, mais l'exactitude subjective de la déclaration que le proposant est en mesure de faire à la lumière de sa situation personnelle (Nef, n. 27 ad art. 4 LCA ; ATF non publié du 4 août 2004 dans la cause 5C.101.2004).

Selon la jurisprudence, il ne faut admettre qu'avec la plus 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 II 333 consid. 2b in fine; 116 II 338 consid. 1d). Celui qui tait des indispositions sporadiques qu'il pouvait

raisonnablement de bonne foi considérer sans importance pour l'évaluation du risque et passagères, sans devoir les tenir pour une cause de rechute ou de symptômes d'une maladie imminente aiguë, ne viole pas son devoir de renseigner (ATF 116 II 338 consid. 1 b p. 340 et les références ; ATF non publié du 7 juillet 2003 dans la cause 5C.47/2003). En application de ces principes, le Tribunal fédéral a notamment eu l'occasion de juger que des douleurs lombaires déclenchées par un accident, qui cessent après un traitement relativement bref et ne réapparaissent pas, n'ont pas à être considérées par un profane en médecine comme de véritables maux de dos devant être mentionnés lors de la conclusion d'une assurance maladie (ATF 101 II 339 consid. 2b p. 345 ; ATF non publié du 27 mai 2003 dans la cause 5C.56/2003).

Le délai de péremption de l'art. 6 aLCA ne commence à courir que lorsque l'assureur est complètement orienté sur tous les points concernant la réticence et qu'il en a une connaissance effective complète, un simple doute à cet égard étant insuffisant (ATF 118 II 338 consid. 3; 116 V 229 consid. 6a). Lorsque l'assureur a connaissance successivement, à des dates différentes, de diverses réticences concernant des faits importants et distincts, un délai autonome court pour chacune des réticences, à partir du moment où l'assureur en a connaissance; même si le délai pour invoquer une certaine réticence n'a pas été respecté, l'assureur conserve le droit de se départir du contrat en se fondant sur une autre réticence portant sur un fait important et distinct, dans un nouveau délai partant dès le jour où il en a connaissance (ATF 109 II 159 consid. 2c ; ATF non publié du 30 octobre 2000 dans la cause 5C.149/2000).

8.2. En l'espèce, le demandeur a tu lors de la conclusion du contrat les douleurs dorsales dont il avait souffert et les traitements pour y remédier.

Ce n'est qu'à la suite de l'annonce de l'incapacité de gagner du 4 décembre 2002 que la défenderesse a pris connaissance du rapport du 28 avril 1999 des Dr Ri et P, dans lequel il était indiqué que le demandeur avait été affecté de lombalgies chroniques basses et traité à de multiples reprises. Par lettre du 13 décembre 2002, la défenderesse a déclaré résilier le contrat. Elle a donc agi dans le délai de quatre semaines de l'article 4 LCA.

Reste à déterminer si le demandeur pouvait de bonne foi, compte tenu de ses antécédents médicaux, répondre négativement aux questions qui lui ont été posées par la défenderesse lors de la conclusion du contrat.

La défenderesse a notamment demandé au proposant s'il avait souffert de maladie des os ou des articulations, de rhumatismes, d'affections de la colonne vertébrale, de lumbago ou de sciatique. La locution générale « affections de la colonne vertébrale » désigne toute maladie du dos. Le lumbago se définit, quant à lui, comme une douleur brutale et intense siégeant au niveau de la colonne vertébrale lombaire (Petit Larousse 2003). Au vu de la question, le proposant devait indiquer tous épisodes douloureux au niveau du dos qui, soit par leur nature, par leur intensité, leur fréquence, par les traitements qu'ils ont nécessités ou par l'incapacité de travail qu'ils ont entraînée présentaient une certaine gravité. En revanche, le proposant n'avait pas à faire état de maux de dos sans importance et passagers que la plupart des personnes en bonne santé peuvent rencontrer après un effort particulier ou en raison de positions inadéquates.

Le demandeur s'est plaint de souffrir de maux de dos depuis l'adolescence. Jusqu'à l'âge de 23 ans, ces douleurs ne l'ont cependant pas conduit à consulter un professionnel de la santé, ni ne l'ont entravé dans son apprentissage d'ébéniste. En 1983, le demandeur a, en raison de ses maux de dos, consulté le Dr T qui en a attribué l'origine à une bascule du bassin et une scoliose et a prescrit le port d'une talonnette. Une année plus tard, à la suite d'un cours de répétition particulièrement astreignant, les douleurs se sont de nouveau manifestées. Le Dr J a constaté une scoliose dorso-lombaire à grand rayon de courbure et a diagnostiqué un lumbago discret sur troubles statiques des membres inférieurs (raccourcissement du membre inférieur droit). Le demandeur a notamment été traité par physiothérapie. L'année suivante, un nouvel épisode douloureux a provoqué un blocage vertébral. Il a été hospitalisé pendant deux jours et a suivi des séances de physiothérapie. A l'instar de ses prédécesseurs, le Dr W a posé le diagnostic de lombalgie et de raccourcissement de 1,5 cm du membre inférieur droit. En 1986, les douleurs ont été réactivées à la suite d'un cours de répétition et se sont prolongées en 1987 pour provoquer un quasi-blocage vertébral. Le Dr C a posé les diagnostics de lombalgies, de trouble statique vertébral et de séquelles de troubles dystrophiques de croissance vertébrale. Outre la prise d'anti-inflammatoires, le demandeur a été traité pendant plusieurs mois par physiothérapie. En 1988, il a subi, en raison de douleurs persistantes, plusieurs séances de manipulation de l'articulation dysfonctionnelle.

Au vu de l'anamnèse du demandeur, il apparaît que les maux de dos atteignaient une intensité qui sortait de l'ordinaire, puisqu'il a été amené à consulter chaque année de 1983 à 1988 un médecin. A deux reprises, les contractions

musculaires ont même provoqué un blocage vertébral. Contrairement à ce qu'il prétend, ces symptômes ne sont pas uniquement apparus à la suite de circonstances exceptionnelles, comme le service militaire, mais également de façon régulière en-dehors de tout évènement déclencheur. A l'évidence, l'affection dont a souffert le demandeur n'est en rien comparable au banal mal de dos qu'éprouve occasionnellement la plupart de la population après un effort et qui ne nécessite d'autre remède qu'un peu de repos, voire de l'automédication. De plus, dès 1983, le demandeur a été informé sur certaines des causes de ses douleurs, à savoir une scoliose, une bascule du bassin consécutive à une jambe droite plus courte. Même si en 1990 il n'était pas encore question de discopathie L3-L4 et L4-L5 et de maladie de Scheuermann, compte tenu du problème de statique connu, les mêmes symptômes risquaient fort de se reproduire. Certes, de 1988 à l'établissement du bilan de santé de 1990 ayant servi de fondement à la conclusion du contrat d'assurance, le demandeur n'a apparemment pas consulté de professionnel de la santé en raison de maux de dos. Au vu de ses antécédents et de la cause de ses maux, le demandeur ne pouvait cependant de bonne foi se croire définitivement guéri de son affection, après une période de rémission de seulement deux ans, et partir du principe que ces informations n'étaient pas nécessaires à la conclusion du contrat. En définitive, par leur intensité, leur fréquence et leur nature, les affections du dos dont a souffert le demandeur n'étaient pas anodines et devaient être signalées au regard de la question no 10g du questionnaire de l'assurance.

En outre, le demandeur a omis de signaler qu'il avait subi une hospitalisation d'une durée de deux jours en raison de ses lombalgies, alors qu'il avait été expressément questionné sur ce point. Il importe peu que son séjour à l'hôpital soit intervenu à des fins d'observations plus que thérapeutiques (ATF non publié du 13 novembre 2003 dans la cause 5C.113/2003). De même, alors qu'il a suivi en 1984, 1985 et 1987 plusieurs séances de physiothérapie sur prescription médicale, le demandeur a répondu négativement à la question no 6b.

Ce faisant, le demandeur a manifestement violé l'article 4 LCA et a commis une réticence. A défaut de preuve contraire, il faut admettre que les réponses inexactes données par le proposant ont été causales dans la conclusion du contrat. La défenderesse était ainsi fondée à résilier le contrat avec effet rétroactif. Le demandeur ne peut dès lors faire valoir de prétentions fondées sur le contrat d'assurance. Le bien-fondé de l'exception de prescription et de déchéance du droit aux prestations en raison de l'avis tardif soulevée par la défenderesse peut demeurer indécis.

9. Les frais et dépens sont mis à la charge du demandeur qui succombe (art. 252 al. 1 CPC).

Les frais comprennent les débours de l'autorité et l'émolument de justice (art. 2 al. 2 LTar). Les débours s'élèvent au total à 614 fr. 85, composés de 323 fr. d'indemnités pour les témoins, de 191 fr. 85 de frais médicaux et de 100 fr. pour les services d'un huissier. L'émolument, pouvant aller de 10'000 fr. à 35'000 fr. pour une valeur de 245'700 fr., est arrêté à 14'885 fr. 15 pour tenir compte de la difficulté de la cause et de l'ampleur de l'instruction. Les frais s'élèvent ainsi à 15'500 francs. Vu les avances effectuées — 10'000 fr. par le demandeur et 10'000 fr. par la défenderesse -, le demandeur versera 5500 fr. à la défenderesse en remboursement de ses avances. Le greffe remboursera à cette dernière le solde d'avance de 4500 francs.

Pour une valeur litigieuse de 245'700 fr., les honoraires oscillent entre 13'100 fr. et 17'900 francs. Compte tenu de l'ampleur et de la difficulté de la cause, ils sont arrêtés au montant de 16'113 fr. 50. S'ajoutent les débours qui, selon décompte, s'élèvent à 286 fr. 50. Vu le sort des frais, le demandeur versera à la défenderesse une indemnité de 16'400 fr. à titre de dépens.

Par ces motifs,

PRONONCE

1. La demande de X est rejetée.
2. Les frais de procédure et de jugement, par 15'500 fr., sont mis à la charge de X.
3. X versera à la YCompagnie d'Assurances sur la Vie une indemnité de 16'400 fr. à titre de dépens, ainsi que 5500 fr. à titre de remboursement des avances.

Ainsi jugé à Sion, le 3 mai 2006

AU NOM DU TRIBUNAL CANTONAL

Le président

Le greffier

Expédié comme acte judiciaire le 5 mai 2006 à :

- Me Antoine Zen Ruffinen, avocat à Sion
- Me Christian Favre, avocat à Sion