

COUR CIVILE

Séance du 10 décembre 2007

Présidence de Mme CARLSSON, présidente

Juges : MM. Colombini et Krieger

Greffier : M. Borel

Cause pendante entre :

R.

(Me L. Maire)

et

A. **ASSURANCES DE
PERSONNES**

(Me D. Pache)

- Du même jour -

Délibérant à huis clos, la Cour civile considère :

En fait :

1. Les 1^{er} et 9 juillet 1996, la demanderesse R. a rempli et signé une proposition d'assurance-vie avec participation aux excédents prévoyant une rente en cas d'incapacité de gain sur un formulaire de la société d'assurances sur la vie Familia-Leben. Elle a complété la partie intitulée "Déclaration de santé pour les assurances sans examen médical" en répondant notamment aux questions suivantes comme il suit :

"(...)

2. Prenez-vous régulièrement des médicaments ou avez-vous déjà consommé des stupéfiants (drogues) ? R : non.
3. Le test du SIDA a-t-il été effectué chez vous ? R : oui/non Quand ? 1995 Où ? Dr E. Résultat ? Négatif.
4. Souffrez-vous actuellement d'atteintes à la santé, de séquelles d'un accident, d'une infirmité ? R : non.
5. Avez-vous été incapable de travailler pendant plus de 4 semaines au cours de ces 3 dernières années ? R : non.

Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de :

6. maladies des poumons, des bronches, asthme, pleurésie [sic] ? R : non.
 7. troubles psychiques ou affections nerveuses, dépressions, épilepsie ? R : non.
 8. affections des oreilles ou des yeux ? R : non.
 9. affections de la colonne vertébrale, rhumatisme, sciatique ? R : non.
 10. dermatoses et allergies ? R : non.
 11. maladies infectieuses, notamment une infection HIV comme le SIDA et autres maladies apparentées ? R : non.
 12. troubles cardiaques, hypertension ou autres troubles de la circulation ? R : non.
 13. maladies de l'estomac ou des intestins, du foie ou des voies biliaires ? R : non.
 14. affections des glandes ? R : non.
 15. maladies des reins ou de la vessie, maladies vénériennes, prostate ? R : non.
 16. diabète ? R : non.
 17. infirmités qui ont nécessité ou nécessiteront une opération ou une radiothérapie ? R : non.
 18. une maladie ou atteinte à la santé non mentionnée ci-dessus qui a donné lieu à un traitement médical au cours des cinq dernières années ? R : non.
- "(...)"

Cette proposition d'assurance mentionne que la proposante confirme avoir reçu les conditions générales d'assurance (CGA). Elle indique encore, au-dessus de la signature de la demanderesse, le texte suivant :

"La personne assurée et le preneur d'assurance déclarent qu'ils ont répondu intégralement et véridiquement aux questions posées. En cas de réticence, ils assument l'entière responsabilité et les conséquences de l'art. 6 LCA. (...)"

Le 18 juillet 1996, Familia-Leben a établi une police n° 618'268/1 en faveur de la demanderesse, laquelle couvrait jusqu'au 1^{er} août 2027 une rente annuelle de 12'000 fr. en cas d'incapacité de gain après un délai d'attente de 720 jours, ainsi qu'un capital en cas de vie et en cas de décès.

Le 27 janvier 1998, la police n° 618'268/1 a été remplacée par une police n° 623'246/1 à la suite d'une requête de la demanderesse tendant à supprimer la couverture en capital vie et en capital décès. Seule la couverture d'une rente annuelle de 12'000 fr. en cas d'incapacité de gain a été maintenue, du 1^{er} février 1998 jusqu'au 1^{er} février 2027. Cette nouvelle police se référait également aux conditions générales d'assurance pour les assurances sur la vie et les rentes-vieillesse, dans leur édition de 1992. Celles-ci prévoient notamment ce qui suit :

"(...)
Art. 3 Prescription

Toutes les obligations découlant du contrat d'assurance se prescrivent par 5 ans à compter du moment où s'est produit l'événement qui a donné lieu à l'obligation.

(...)

C. Libération du paiement des primes et versement d'une rente en cas d'incapacité de gain par suite de maladie ou d'accident

Art. 29 Prestation

1 La rente et la libération du paiement des primes sont accordées dans le cadre des dispositions suivantes lorsque l'assuré est incapable d'exercer totalement ou partiellement une activité lucrative par suite de maladie ou d'accident.

2 Il y a incapacité de gain lorsque l'assuré, par suite d'une maladie constatée par un médecin, ou d'un accident, est partiellement ou totalement hors d'état d'exercer sa profession ou une autre activité lucrative correspondant à sa position, ses connaissances et ses aptitudes.

3 La rente et la libération du paiement des primes sont octroyées en fonction du degré de l'incapacité de gain. Si l'incapacité de gain atteint ou dépasse 66⅔ %, les prestations sont servies dans leur totalité. Une incapacité de gain de moins de 25 % ne donne droit à aucune prestation.

(...)"

La société d'assurances sur la vie Familia-Leben a été reprise ultérieurement par la défenderesse A. Assurances de personnes.

2. La demanderesse se trouve en incapacité de travail depuis le 13 juillet 1998. Elle a perçu de la défenderesse des indemnités journalières du 13 juillet 1998 au 13 juillet 2000. Elle a également été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité avec effet au 1^{er} juillet 1999.

Le 28 juillet 1999, la défenderesse a adressé au médecin traitant de la demanderesse, le Dr P. F. les lignes suivantes :

"Monsieur le Docteur,

Sur la base des pièces médicales transmises à notre médecin-conseil, nous avons indemnisé la personne susmentionnée pour la période du 13.07.98 au 31.06.99 (perte de gain).

Or, selon votre certificat du 09.07.99, l'incapacité de travail semble devoir se prolonger.

En conséquence et afin de pouvoir juger du cas en toute connaissance de cause, nous vous serions obligés de bien vouloir adresser à notre médecin-conseil, le Dr G., un rapport circonstancié lui donnant toutes précisions utiles (anamnèse du cas, status actuel, évolution du cas, pronostic quant à une reprise éventuelle du travail, etc...).

(...)"

Le 28 août 1999, ce médecin a répondu ce qui suit par lettre adressée au G.:

"Monsieur et cher Confrère,

A la demande de A. ASSURANCES, veuillez trouver ci-joint, quelques rapports médicaux en ma possession concernant le cas de la patiente susmentionnée. Il s'agit d'une patiente de 35 ans, qui souffre d'un état douloureux chronique, qui se manifeste principalement par des dorso-lombosacralgies résistantes aux AINS et antalgiques habituels. Ceci dans le cadre d'un état anxio-dépressif chronique.

Ces douleurs semblent s'être aggravées par une chute et importantes contusions lombo-sacrées, le 13.07.1998 ainsi qu'une nouvelle chute accidentelle le 17.8.1998. Cette souffrance tant somatique que psychique, a conduit la patiente à un tentamen médicamenteux le 14.05.1999.

Dans ce contexte, et contenu (sic) de la persistance de la symptomatologie, je suis dans l'incapacité de prévoir si et quand R. pourra reprendre une activité professionnelle.

(...)"

Par courrier du 30 mai 2000, la défenderesse a prié la demanderesse de remplir un formulaire de "Déclaration d'incapacité de gain" et lui a adressé un rappel à cet égard le 12 juillet 2000. Cette dernière lui a restitué ce document qu'elle a signé le 3 juillet 2000 et auquel elle a joint une attestation médicale du Dr F. du 6 juillet 2000. Ce dernier y attestait que la demanderesse souffrait de "douleurs ostéo-articulaires diffuses à prédominance lombaires" et d'un "état anxio-dépressif chronique", faisant référence à une chute intervenue le 13 juillet 1998. Les documents adressés à la défenderesse ne mentionnaient aucun événement antérieur à celui-ci.

3. Le 26 avril 2001, la défenderesse a adressé une nouvelle police d'assurance à la demanderesse, intitulée "rente d'incapacité de gain" et portant le numéro 623'246/2. Cette police stipulait au titre de prestation assurée une rente en cas d'incapacité de gain de 12'000 fr. par an, après un délai d'attente de 720 jours, pour une durée contractuelle prévue du 1^{er} février 1998 au 1^{er} février 2027. Elle faisait également référence aux conditions générales d'assurance dans leur édition de 1992. Les primes à la charge de la demanderesse étaient fixées à 91 fr. 10 pour deux mois. En procédure, les parties ont admis que cette nouvelle police ne constituait pas une nouvelle assurance, mais uniquement la continuation de la précédente.

4. Le 21 octobre 2002, la demanderesse a adressé une nouvelle déclaration d'incapacité de gain à la défenderesse. Elle y mentionne un début d'incapacité de gain dès le 13 juillet 1998, à la suite de deux accidents des 13 juillet et 17 août 1998. L'attestation médicale du Dr F. qui y était jointe confirmait cette incapacité pour la demanderesse d'exercer sa profession habituelle.

Le 20 décembre 2002, le Dr F. fait parvenir à la défenderesse un rapport complémentaire ainsi que divers rapports médicaux qui ont été reçus par la défenderesse le 23 décembre 2002. Dans un formulaire intitulé "Chronologie médicale / Extrait historique de la maladie", il indique notamment ce qui suit :

"(...)

2. Le patient a-t-il été déjà traité pour le syndrome douloureux chronique / l'état dépressif chronique ?

Si oui, quand ? L'état dépressif est apparu et traité en avril 1995.

Auprès de quels médecins ?

3. Le patient a-t-il été traité par d'autres médecins pour cette maladie ou pour d'autres maladies ?

Si oui, lesquels ? Pas à ma connaissance, en dehors des spécialistes dont vous trouverez les rapports ci-joint.

Raisons ? Etat algique, ostéo-articulaire et musculaire diffus / Etat dépressif.

4. Quand le premier diagnostic a-t-il été établi ?

- Etat dépressif, avril 1995

- Etat algique après ses chutes en juillet/août 1998

5. Par qui le diagnostic a-t-il été établi ?

Hôpital orthopédique/Dresse P. /Dresse O. /moi-même

6. Depuis quand le patient est-il au courant des diagnostics exacts mentionnés sous la question n° 2 ?

Dès dates mentionnées sous 4

7. Qui a informé le patient du diagnostic resp. des diagnostics ?

Les spécialistes sus-mentionnés et moi-même

8. Quels traitements ont été appliqués (opérations, physiothérapie, cures, etc...) ?

Antidépresseur/antiinflammatoire et antalgique/physiothérapie

(...)"

Dans un document intitulé "Questionnaire – Troubles du psychisme" du 20 décembre 2002, le Dr F. mentionne comme diagnostic un état dépressif fluctuant et un état algique ostéo-articulaire et musculaire, découvert en "Avril 1995/juillet-août 98". Dans un rapport du 4 juillet 2001, le Dr H. décrit la demanderesse comme "très anxieuse et interprétative". Un rapport de la Dresse O. du 15 mars 2000 fait état de problèmes familiaux et de solitude. Un rapport du Dr I. du ..., daté du 24 août 1998, met en évidence un comportement extrêmement inquiétant sur le plan psychosomatique. Dans un autre rapport du 8 juillet 1998, la Dresse O. décrit le contexte psycho-social troublé de la demanderesse dès son arrivée en Suisse à l'âge de vingt ans, mais également par la suite. Enfin, un rapport de la Dresse P.

du 9 mars 1998 mentionne que la demanderesse est venue à sa consultation à deux reprises, l'une en février 1997 et l'autre le 29 janvier 1998. Elle fait en outre état de ce qui suit :

"(...)

R. souffre depuis de nombreuses années, de rachialgies à prédominance lombaire ayant tendance à se généraliser. Les médicaments AINS, myorelaxants, antalgiques, la chiropratique, la physiothérapie, n'améliorent que transitoirement la situation. (...)"

Ce médecin relève encore dans ce rapport que lors de la consultation de février 1997, elle avait proposé un traitement d'antidépresseurs qui n'avait rien changé à la situation et que, dans l'intervalle, la patiente avait consulté le Dr I. au ... qui avait proposé une prise en charge de rééducation intensive en milieu hospitalier associé à un soutien psychologique.

5. Par lettre-signature du 7 janvier 2003, la défenderesse a informé la demanderesse, à raison des renseignements du 20 décembre 2002 du Dr F. de ce qui suit :

"Madame,

Nous nous référons aux documents médicaux en notre possession.

Il ressort de ces pièces que le contrat d'assurance a été conclu sur des données inexactes. Dans la proposition d'assurance du 09.07.1996, vous n'avez malheureusement pas répondu de façon conforme aux questions posées sur votre état de santé, notamment et entre autres aux questions n^{os} 4, 7 et 18. A titre d'information, nous vous remettons en annexe une copie de la troisième page de la proposition d'assurance.

Il s'avère que, selon l'information de Dr F. datée du 20 décembre 2002, vous souffrez et êtes traitée pour un état dépressif depuis avril 1995, soit avant la signature de la proposition d'assurance.

Si ce fait avait été déclaré à ce moment là, nous n'aurions pas conclu l'assurance aux conditions convenues.

En conséquence, nous devons constater une réticence au sens de l'article 4 de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance. En application de l'article 6 de la même loi, nous devons malheureusement nous retirer du contrat avec effet immédiat.

(...)"

Par courrier du 27 janvier 2003, la défenderesse a sollicité des renseignements complémentaires auprès de la Dresse P. et de l'assurance maladie et accidents C. La Dresse P. lui a répondu le 29 janvier 2003 qu'elle avait examiné la demanderesse du 21 février 1997 au 25 mars 1997 et du 21 janvier 1998 au 31 mars 1998, et qu'elle avait diagnostiqué des rachialgies à prédominance lombaire puis se généralisant, ainsi qu'un état anxieux et d'épuisement. Elle a également précisé que la demanderesse était suivie par le Dr J. et qu'elle lui avait proposé des médicaments, la poursuite de la physiothérapie et une prise en charge psychiatrique.

Par courriers des 4 et 27 février 2003, la défenderesse s'est adressée au Dr J. aux fins d'obtenir d'autres informations. Celui-ci lui a indiqué qu'étant à la retraite, il ne possédait plus le dossier en question.

Par pli du 12 février 2003, reçu semble-t-il le 14 février suivant, la caisse maladie et accidents C. a adressé à la défenderesse le dossier médical de la demanderesse. Il ressort d'une déclaration d'accident bagatelle faite à la B. Assurances que la demanderesse avait subi un accident le 30 avril 1992 en tombant sur les genoux. Par ailleurs, un rapport du Dr K. du 16 mars 1994 relatait notamment des lombalgies basses associées à des gonalgies bilatérales dont la demanderesse se plaignait. Le 31 mars 1994, la B. Assurances a rendu une décision relative aux problèmes de dos et de genou de la demanderesse qui mentionne notamment ce qui suit :

"(...)

Dans le cas particulier, il ressort des conclusions du Dr K. que tant vos douleurs aux genoux que vos lombalgies sont sans rapport démontré avec l'accident d'avril 92. Par mesure de simplification, nous ne reviendrons pas sur les faits réglés à tort en 93 et fixons au 31.12.93 la fin de nos prestations.

Au-delà de cette date, votre cas relevant en fait de l'assurance-maladie, vous voudrez bien vous adresser à C., à qui nous transmettons copie de la présente ainsi que l'ensemble de notre dossier. Nous prions également cette dernière de bien vouloir nous rembourser les frais réglés à tort en 1994.

"(...)"

Enfin, une annonce d'hospitalisation interne à la Caisse C. indique que la demanderesse a été hospitalisée au ... le 20 janvier 1995.

Le 27 février 2003, la défenderesse a invoqué une seconde fois la réticence dans un courrier au conseil de la demanderesse dont il ressort ce qui suit :

"(...)

Nous vous informons que nous avons reçu des renseignements médicaux complémentaires.

Il ressortait des précédents renseignements que la police d'assurance susmentionnée avait été conclue sur des données inexactes et que votre mandante souffre et est traitée pour un état dépressif depuis avril 1995.

Sur la base de la documentation reçue le 17 février 2003 de la caisse-maladie C. de votre mandante, il ressort maintenant en outre que votre mandante a eu un accident en 1992 (chute sur les genoux), avec blessure au

genou et à la hanche gauche. Elle a été en incapacité de travail du 21.01.1993 au 08.02.1993. En date du 01.02.1994 elle a été en consultation auprès du Dr K. qui a diagnostiqué une chondropathie fémoro-patellaire bilatérale ainsi que des lombalgies basses. Selon le Dr K., il n'y a pas de relation exclusive de ces douleurs avec l'accident du 30.04.1992. Par conséquent, nous constatons que votre mandante n'a malheureusement à nouveau pas répondu dans la proposition d'assurance du 09.07.1996 de façon conforme à la question n° 18.

En conséquence, nous devons constater une nouvelle réticence au sens de l'article 4 de la loi fédérale sur le contrat d'assurance. En application de l'article 6 de la même loi, nous devons malheureusement nous retirer à nouveau du contrat avec effet immédiat.

Veillez noter à titre informatif que la police de votre mandante n'a aucune valeur de rachat, étant donné que la couverture concernait uniquement une rente d'incapacité de gain.
(...)"

6. Le 8 juin 2004, la défenderesse a signé une déclaration de renonciation à la prescription jusqu'au 7 janvier 2006.

7. D'autres faits allégués ou admis ou prouvés, mais sans incidence sur la solution du présent procès, ne sont pas reproduits ci-dessus.

8. Pour la présente cause, la demanderesse a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire par décision du Bureau d'assistance judiciaire du 17 juin 2004.

9. Par demande du 7 février 2005, la demanderesse a ouvert action contre la défenderesse en concluant, avec dépens, à ce qu'il plaise à la cour de céans :

I. Constater la nullité des résiliations de la police d'assurance n. 623'246/2 notifiées par la défenderesse A. ASSURANCES à la demanderesse R. en date des 7 janvier et 27 février 2003.

II. Ordonner à la défenderesse A. ASSURANCES de verser à la demanderesse R. une rente annuelle d'un montant de CHF 12'000.- jusqu'au 1^{er} février 2027, la première fois le 13 juillet 2000.

III. Dire que la défenderesse A. ASSURANCES est la débitrice de la demanderesse R. et lui doit immédiat paiement de la somme de CHF 1'000.- au titre de dommage-intérêts."

Dans sa réponse du 3 mai 2005, la défenderesse a conclu, avec suite de dépens, à libération. Elle a également déclaré exciper de la prescription.

En droit :

I. La demanderesse fonde ses prétentions sur le contrat d'assurance prévoyant une rente en cas d'incapacité de gain conclu entre les parties en juillet 1996. Elle fait valoir qu'elle n'a pas commis de réticence en répondant aux questions posées par la défenderesse lors de la conclusion du contrat. La défenderesse soutient l'opinion inverse, à savoir que la demanderesse a commis une réticence.

a) Les parties sont liées par un contrat d'assurance, qui peut être défini comme celui par lequel une partie, le preneur d'assurance, se fait promettre, en contrepartie d'une rémunération appelée prime, pour lui ou pour un tiers, en cas de réalisation d'un risque, une prestation par l'autre partie, l'assureur (Kuhn/Montavon, Droit des assurances privées, 1994, p. 91; Viret, Droit des assurances privées, 1985, p. 73). Ce contrat est au premier chef régi par la loi fédérale sur le contrat d'assurance (ci-après : LCA; RS 221.229.1), qui établit une distinction entre l'assurance contre les dommages (régie par les art. 48 à 72 LCA) d'une part, et l'assurance de personnes (qui relève des art. 73 à 96 LCA) d'autre part, sans toutefois définir ces deux notions (Boll, Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, n. 1 des remarques préliminaires ad art. 48 LCA; Viret, op. cit., p. 148). L'assurance de personnes est celle qui a pour objet une personne physique, et où la prestation de l'assureur dépend généralement d'un événement qui atteint la personne de l'assuré, tel que maladie, accident, lésion corporelle, invalidité, décès (arrêt du Tribunal fédéral du 31 mars 2003 dans la cause 5C.3/2003, c. 3.1; Kuhn/Montavon, op. cit., p. 85; Viret, op. cit., p. 151; cf. Maurer, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 1995, pp. 168 et 271). Elle se caractérise ainsi, par rapport à l'assurance contre les dommages, par sa nature non indemnitaire : elle est une promesse de capital, indépendante du montant effectif du préjudice subi par le preneur ou l'ayant droit (arrêt du Tribunal fédéral du 31 mars 2003 dans la cause 5C.3/2003, c. 3.1; Kuhn/Montavon, op. cit., pp. 85 s.; Viret, op. cit., p. 151).

b) La LCA n'émet aucune exigence spécifique sur la forme de l'offre du preneur d'assurance et de l'acceptation de l'assureur. Sur ce point, l'article 100 LCA

renvoie aux dispositions du Code des obligations et en particulier à l'article 11 CO, qui dispose que la conclusion du contrat n'est soumise à l'observation d'une forme particulière qu'en vertu d'une prescription spéciale de la loi. Il en résulte que la proposition d'assurance ne doit pas satisfaire à une exigence de forme (ATF 93 II 111 c. 3, JT 1968 I 74; Kuhn/Montavon, op. cit., p. 131).

Le contrat d'assurance est un acte juridique consensuel, qui vient à chef lorsque les parties ont, réciproquement et de manière concordante, manifesté leur volonté. Mais l'offre et l'acceptation sont soumises à des règles particulières (ATF 120 II 133 c. 3; 112 II 245 c. 1a; Stoessel, Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, n. 7 ad art. 1-3 LCA). Ainsi, aux termes de l'article 1^{er} alinéa 1 LCA, celui qui fait à l'assureur une proposition d'assurance est lié pendant 14 jours s'il n'a pas fixé un délai plus court pour l'acceptation (al. 1), le délai commençant à courir dès la remise ou dès l'envoi de la proposition à l'assureur ou à son agent (al. 3), et le proposant est dégagé si l'acceptation de l'assureur ne lui parvient pas avant l'expiration du délai (al. 4).

La conclusion du contrat est effective dès l'acceptation de la proposition par l'assureur (ATF 122 III 118 c. 2b; Stoessel, op. cit., n. 19 ad art. 1-3 LCA et la jurisprudence citée) et ne dépend pas de la remise de la police (ATF 112 II 245 c. 1c; Stoessel, op. cit., n. 20 ad art. 1-3 LCA et les réf. citées). Manifestation de volonté sujette à réception, l'acceptation n'est soumise à aucune forme; elle peut être expresse ou se déduire d'actes concluants (Stoessel, op. cit., n. 14 ad art. 1-3 LCA et les citations), comme la remise de la police (ATF 122 III 118 c. 2b; voir également : arrêt du Tribunal fédéral du 17 juillet 2006 dans la cause 5C.51/2006, c. 4.2).

c) Aux termes de l'article 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 être connus lors de la conclusion du contrat (al. 1^{er}). 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).

Selon l'ancien article 6 LCA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2005, 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.

Selon le nouvel article 6 LCA modifié le 17 décembre 2004, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2006 (RO 2005 V 5245 ss), si celui qui avait l'obligation de déclarer a, lors de la conclusion du contrat, omis de déclarer ou inexactement déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître (réticence), et sur lequel il a été questionné par écrit, l'assureur est en droit de résilier le contrat; il doit le faire par écrit; la résiliation prend effet lorsqu'elle parvient au preneur d'assurance (al. 1^{er}); le droit de résiliation s'éteint quatre semaines après que l'assureur a eu connaissance de la réticence (al. 2); si le contrat prend fin par résiliation en vertu de l'alinéa 1^{er}, l'obligation de l'assureur d'accorder sa prestation s'éteint également pour les sinistres déjà survenus lorsque le fait qui a été l'objet de la réticence a influé sur la survenance ou l'étendue du sinistre; dans la mesure où il a déjà accordé une prestation pour un tel sinistre, l'assureur a droit à son remboursement (al. 3).

La loi révisée ne contient aucune règle de droit transitoire. Une application directe ou par analogie de l'article 102 alinéas 1^{er} à 3 LCA est exclue, dans la mesure où il régit les rapports entre les anciennes réglementations de droit cantonal et la LCA. Quant à l'article 102 alinéa 4 LCA, il renvoie aux articles 882 et 883 de l'ancien CO, lesquels ont été remplacés dès le 1^{er} janvier 1910 par les articles 1^{er} et suivants du Titre final du Code Civil (ci-après : Tit. fin. CC). En l'absence de règle transitoire spécifique, l'application dans le temps de l'article 6 nLCA doit dès lors être résolue par les dispositions générales des articles 1^{er} à 4 Tit. fin. CC (ATF 133 III 105 c. 2.1; Kuhn, Vom alten zum teilrevidierten VVG, in HAVE/REAS 4/2006 pp. 342 ss; Pouget-Hänseler, Anzeigepflichtverletzung : Auswirkungen der Revision auf die Praxis, in HAVE/REAS 1/2006 pp. 26 ss, spéc. 32).

d) L'article 1^{er} Tit. fin. CC pose le principe général de la non-rétroactivité des lois : les effets juridiques de faits antérieurs à l'entrée en vigueur du nouveau droit continuent à être régis par les dispositions du droit sous l'empire duquel ces faits se sont produits (al. 1^{er}) – principe que l'alinéa 2 répète en ce qui concerne les

effets juridiques des actes accomplis avant l'entrée en vigueur du nouveau droit – tandis que les faits postérieurs à l'entrée en vigueur du nouveau droit sont régis par celui-ci (al. 3). Le rattachement d'un rapport d'obligation au droit en vigueur au moment de sa constitution, tel que le prévoit l'article 1 alinéa 1^{er} Tit. fin. CC, vise à protéger la confiance subjective des parties, qui ont soumis leurs relations à un droit matériel qui leur était connu, et tend aussi à empêcher que des droits valablement acquis par un acte juridique soient enlevés à leur titulaire par le seul effet de la loi (ATF 133 III 105 c. 2.1.1; ATF 126 III 421 c. 3c/cc, SJ 2001 p. 97).

e) En dérogation au principe général de non-rétroactivité posé par l'article 1^{er} Tit. fin. CC, l'article 2 Tit. fin. CC prévoit que les règles établies dans l'intérêt de l'ordre public et des mœurs sont applicables, dès leur entrée en vigueur, à tous les faits pour lesquels la loi n'a pas prévu d'exception (al. 1^{er}); en conséquence – ou pour exprimer la même chose sous une forme négative – les dispositions de l'ancien droit qui, d'après le nouveau droit, sont contraires à l'ordre public ou aux mœurs ne peuvent plus recevoir d'application (al. 2) (ATF 133 III 105 c. 2.1.2).

Pour admettre qu'une disposition légale a un caractère d'ordre public au sens de l'article 2 Tit. fin. CC, il ne suffit pas qu'elle soit impérative. Au contraire, l'ordre public et les mœurs ne justifient l'application rétroactive d'une norme que lorsque celle-ci appartient aux principes fondamentaux de l'ordre juridique actuel, en d'autres termes lorsqu'elle incarne des conceptions socio-politiques ou éthiques fondamentales. La jurisprudence a reconnu que tel était le cas notamment de l'interdiction de créer des liens durables à l'excès par des actes juridiques obligatoires, qui se déduit des articles 2 et 27 CC, ou du principe selon lequel une charge foncière doit pouvoir être rachetée trente ans après son établissement (art. 788 al. 1^{er} ch. 2 CC; ATF 133 III 105 c. 2.1.3; ATF 119 II 46 c. 1a, JT 1994 I 108; ATF 100 II 105 c. 2, JT 1975 I 136).

Pour décider s'il y a lieu d'appliquer le nouveau droit sur la base de l'article 2 Tit. fin. CC, le juge doit donc examiner si, dans le cas d'espèce considéré, les effets juridiques découlant de l'ancien droit – lequel serait en soi applicable en vertu du principe général de non rétroactivité – seraient contraires à l'ordre public et aux mœurs selon les conceptions du nouveau droit, autrement dit si l'application de l'ancien droit est devenue inconciliable avec l'ordre public et les mœurs. Le juge doit aussi comparer les intérêts en jeu et examiner si le droit nouveau répond à un intérêt

public prépondérant par rapport aux intérêts privés opposés, notamment celui à être protégé dans la confiance mise dans l'application du droit antérieur, de telle sorte qu'il doive l'emporter sur ce dernier (ATF 133 III 105 c. 2.1.4; ATF 127 III 16 c. 3, rés. in JT 2002 I 259; ATF 119 II 46 c. 1a, JT 1994 I 108; ATF 100 II 105 c. 2, JT 1975 I 136).

On ne voit pas que l'ancien régime, malgré ses effets négatifs sur la situation des assurés, puisse être considéré comme contraire à l'ordre public et aux mœurs (Kuhn, op. cit., pp. 345 et 347; Pouget-Hänseler, op. cit., p. 32). Cette solution s'impose d'autant plus que, dans un arrêt postérieur à l'entrée en vigueur du nouveau droit, le Tribunal fédéral a appliqué l'article 6 LCA dans son ancienne teneur à des faits antérieurs au 1^{er} janvier 2006, sans évoquer une éventuelle violation de l'ordre public ou des mœurs (arrêt du Tribunal fédéral du 17 juillet 2006 dans la cause 5C.51/2006 c. 3). La cour de céans a également eu l'occasion de considérer, dans une jurisprudence récente, que l'article 6 aLCA n'est pas contraire à l'ordre public ou au mœurs (CCiv, S. S. c/ P., 28 septembre 2007).

f) En l'occurrence, dans la mesure où non seulement l'inscription des réponses au questionnaire de santé inclus dans la proposition et la conclusion du rapport juridique, mais aussi la demande de prestations et l'invocation de la réticence ont eu lieu avant l'entrée en vigueur du nouveau droit, c'est l'ancien droit, et plus particulièrement l'article 6 aLCA, qui s'applique au présent litige.

g) S'agissant des parties au contrat, ce dernier a été conclu en juillet 1996 entre la demanderesse et la compagnie d'assurances Familia-Leben. Il a été modifié en janvier 1998, en ce sens que la couverture en capital vie et capital décès a été supprimée. Par la suite, la société Familia-Leben a été reprise par la défenderesse alors que ledit contrat n'avait pas été rompu. C'est donc la A. Assurances de personnes qui est devenue responsable des dettes envers les créanciers, dès que l'acquisition a été portée à la connaissance de ces derniers. En effet, selon l'article 181 alinéa 1^{er} CO, celui qui acquiert un patrimoine ou une entreprise avec actif et passif devient responsable des dettes envers les créanciers, dès que l'acquisition a été portée par lui à leur connaissance ou qu'il l'a publiée dans les journaux. Cette figure juridique signifie que l'acquéreur prend la place du cédant. Par la reprise, les passifs sont transférés à l'acquéreur, sans qu'il soit nécessaire de respecter une forme particulière; en revanche, la transmission des actifs suppose le

respect des formes nécessaires à leur transfert (ATF 126 III 375 c. 2c; ATF 115 II 415 c. 2b).

De plus, une simple communication faite par le reprenant aux créanciers de sa volonté de reprendre l'affaire suffit. L'article 181 CO n'exige pas que cette communication soit faite dans les formes commerciales usuelles. D'après le sens et le but de cette disposition, il faut admettre que la communication aux créanciers peut être faite sous n'importe quelle forme : par un avis dans les journaux, par affichage, par circulaires à tous les créanciers ou encore par un avis, oral ou écrit, à un ou plusieurs d'entre eux (ATF 75 II 302, JT 1950 I 309 c. 1b; Tschäni, Basler Kommentar, Obligationenrecht I, 4^{ème} éd., n. 13 ad art. 181 CO; Probst, Commentaire romand, Code des obligations I, n. 32 ad art. 181 CO; Engel, Traité des obligations en droit suisse, 2^{ème} éd., 1997, p. 907). En l'espèce, cette communication a à tout le moins eu lieu par la délivrance de la nouvelle police d'assurance à la demanderesse le 26 avril 2001.

La défenderesse a donc la légitimation passive, ce qui n'a pas été contesté par les parties. Ces dernières ont bien plutôt admis que la police remise par la défenderesse en 2001 ne constituait pas une nouvelle assurance, mais était simplement la continuation de l'assurance conclue précédemment avec la société Familia-Leben.

II. Par lettre signature du 7 janvier 2003, la défenderesse a déclaré se retirer du contrat en invoquant une réticence qui aurait été commise par la demanderesse. Elle a derechef invoqué la réticence par courrier du 27 février 2003.

a) L'assuré n'a une obligation de déclaration qu'en relation avec un questionnaire ou d'autres questions écrites de l'assureur (art. 4 al. 1 LCA cité ci-dessus). Il doit déclarer les faits importants pour l'appréciation du risque qui lui sont connus ou doivent lui être connus lors de la conclusion du contrat (art. 4 al. 1 in fine LCA; arrêts du Tribunal fédéral du 21 décembre 2007 dans la cause 4A_340/2007, c. 2.1, et du 26 septembre 2005 dans la cause 5C.103/2005, c. 2.2).

Selon la jurisprudence, il résulte clairement du texte des articles 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. 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 l'assuré, 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 reconnaissables lors de la conclusion du contrat, mais seulement ceux qui font l'objet de questions écrites et qui lui sont connus ou doivent être connus de lui. Ce principe vaut, non seulement dans le cas exceptionnel du proposant dont les facultés mentales ne sont pas normalement développées, mais dans tous les cas. Ce qui est finalement décisif, c'est de juger si et dans quelle mesure le proposant pouvait donner de bonne foi une réponse négative 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 (arrêt du Tribunal fédéral du 21 décembre 2007 dans la cause 4A_340/2007, c. 2.2; ATF 118 II 333 c. 2b, rés. in JT 1996 I 127; ATF 116 II 338 c. 1c, SJ 1991 p. 17; ATF 116 V 218 c. 5b; Carré, Loi fédérale sur le contrat d'assurance, édition annotée, 2000, ad art. 6 LCA, pp. 145 ss; Viret, op. cit., pp. 98 s.).

Celui qui tait des indispositions sporadiques qu'il pouvait raisonnablement de bonne foi considérer comme étant 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. Au contraire, une réticence sera admise à charge de celui qui,

questionné sur des maladies antérieures, répond négativement, alors même que l'incapacité de travail subie, les méthodes de traitement adoptées et la longueur dudit traitement excluent la qualification de simple dérangement passager, mais constituent une véritable altération de la santé. Dans l'assurance sur la vie, l'importance des affections antérieures dépend souvent du genre, de la fréquence et de la violence de leurs manifestations, considérées en elles-mêmes ou en relation avec d'autres troubles de la santé (arrêt du Tribunal fédéral du 26 septembre 2005 dans la cause 5C.103/2005, c. 2.2; ATF 116 II 338 c. 1b, SJ 1991 p. 17; RBA XVI n. 10).

En raison de la rigueur de la loi, qui prévoit la résolution du contrat et non son adaptation, il ne faut admettre l'existence d'une réticence qu'avec la plus grande retenue. La violation du devoir concernant les déclarations obligatoires s'apprécie sans égard à une éventuelle faute du preneur, la question d'une réticence commise dans l'intention d'induire l'assureur en erreur étant en revanche traitée à l'article 26 LCA (arrêts du Tribunal fédéral du 21 décembre 2007 dans la cause 4A_340/2007, c. 2.2, et du 26 septembre 2005 dans la cause 5C.103/2005, c. 2.2; ATF 118 II 333 c. 2b, rés. in JT 1996 I 127; ATF 116 II 338 c. 1d, SJ 1991 p. 17; Nef, Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, n. 9 et 11 ad art. 6 LCA; Carré, op. cit., ad art. 6 LCA, p. 146).

De plus, la présomption de l'article 4 alinéa 3 LCA peut être renversée par la preuve que l'assureur aurait néanmoins conclu le contrat aux conditions prévues s'il avait connu les faits que le proposant n'a pas indiqués ou qu'il a indiqués d'une façon inexacte (ATF 92 II 342 c. 5; ATF 75 II 158 c. 3, JT 1949 I 563). 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 131 III 542 c. 2.2; ATF 118 II 333 c. 2a, rés. in JT 1996 I 127).

En d'autres termes, le proposant doit prouver que, bien que le questionnaire ait porté de manière claire et sans équivoque sur un fait, ce dernier était en réalité sans importance pour la conclusion du contrat objet du litige entre les parties. A cet égard, il ne suffit pas d'établir que l'assureur n'avait pas attaché d'importance à ce fait dans le cadre d'anciens ou d'autres contrats d'assurance (Nef,

op. cit., n. 56 ad art. 4 LCA). Le proposant peut notamment recourir à la preuve par expertise.

Le proposant doit prouver un fait interne non constatable, soit la volonté de l'assureur. La pratique admet qu'une preuve absolue de la volonté n'est pas possible et que le juge est en droit de fonder sa conviction sur la vraisemblance la plus grande selon l'expérience de la vie. Un tel assouplissement des exigences en matière de preuve se justifie aussi par le principe selon lequel la preuve de faits personnels doit être exigée de celui qui est le plus apte à la fournir (CCiv, K. c. V., 12 mai 2005; CCIV, R. c. G., 2 février 2006). En outre, le proposant doit prouver un fait négatif puisqu'il doit démontrer que sa déclaration incomplète n'a en réalité pas exercé d'influence sur la volonté de l'assureur de conclure le contrat. Or, lorsque la preuve porte sur des faits négatifs, l'application de l'article 8 CC est tempérée, selon les règles de la bonne foi, par l'obligation imposée à la partie adverse de contribuer à éclaircir la situation de fait en apportant la preuve du contraire, l'échec de cette preuve – ou l'inaction de la partie – pouvant constituer un indice de l'inexistence du fait (ATF 119 II 305 c. 1b; Carron, La loi fédérale sur le contrat d'assurance, Exposé systématique de jurisprudence, 1997, n. 56, pp. 20 et 21). Ainsi, dans la mesure où la preuve porte sur un fait négatif et psychique se trouvant dans la sphère d'influence de l'assureur, elle est particulièrement difficile à apporter et peut donc l'être sur la base d'indices (Nef, op. cit., n. 56 ad art. 4 LCA; cf. par ex. ATF 99 II 67 c. 4e, JT 1973 I 572).

b) En l'espèce, la défenderesse a, par lettre-signature du 7 janvier 2003, invoqué une première fois la réticence du fait que la demanderesse avait répondu, en date du 9 juillet 1996, "non" aux questions 4, 7 et 18 du questionnaire de santé, alors qu'elle avait été suivie en avril 1995 pour un état dépressif.

Il convient dès lors de déterminer si la demanderesse pouvait répondre "non" à ces différentes questions sans commettre de réticence. Il faut préciser à ce stade que le proposant est responsable du contenu des réponses données, ce que rappelait expressément la proposition signée le 1^{er} avril 1996 par la demanderesse, celle-ci ayant été en outre invitée à certifier qu'elle avait répondu intégralement et véridiquement aux questions posées.

c) Il ressort de formulaires établis par le Dr F., remis le 20 décembre 2002 à la défenderesse, que la demanderesse souffre d'un état dépressif fluctuant, qui est apparu et a été traité en avril 1995. Le diagnostic a été communiqué à cette date à la demanderesse.

De plus, un rapport de la Dresse O. du 8 juillet 1998 décrit un contexte psycho-social troublé de la demanderesse dès son arrivée en Suisse à l'âge de vingt ans, mais également par la suite.

Le rapport du Dr F. du 20 décembre 2002 mentionne également que la demanderesse a été traitée par des antidépresseurs.

Il ressort ainsi de ces documents que la demanderesse était au courant du diagnostic d'état dépressif et s'était vu administrer des antidépresseurs, lorsqu'elle a rempli le questionnaire le 1^{er} juillet 1996. Il n'est pas allégué qu'à cette période, la demanderesse se trouvait dans un état particulier qui ne lui aurait pas permis de comprendre la portée des questions posées et/ou de fournir des réponses reposant sur un minimum de réflexion. Il ne pouvait dans ces conditions pas lui échapper que la dépression et le traitement y relatif devaient être mentionnés dans ses réponses aux questions 7 et 18 du questionnaire de santé.

La demanderesse soutient que 10 % de la population souffre d'un état anxio-dépressif et fait usage quotidiennement d'analgésiques, somnifères ou tranquillisants. Pour les laïcs, cela ne signifierait pas encore que 10 % de la population souffre de troubles psychiques, d'affections nerveuses ou de dépression. La défenderesse ne se sentait dès lors pas concernée par de tels troubles. Cet argument n'est pas convaincant. Le proposant n'a l'obligation de répondre qu'à des questions que l'assureur a correctement formulées et n'est pas tenu de déclarer des faits au sujet desquels aucune question n'a été posée (RBA IX n. 15). Les questions doivent également être suffisamment précises pour que, selon le principe de la confiance, les parties en comprennent l'importance (RBA XIII n. 16). En l'espèce, les questions 4, 7 et 18 répondent à ces exigences. De plus, le terme de dépression est suffisamment commun pour être compris comme une maladie susceptible de devoir être annoncée.

Que 10 % de la population souffre de dépression ne change pas la qualification de la maladie et ne saurait la banaliser au point qu'elle ne soit plus considérée comme telle. Au contraire, le fait que 10 % de la population souffre d'un état anxio-dépressif constitue, pour l'assureur, un motif pour formuler une réserve ou à tout le moins solliciter des renseignements complémentaires. La dépression ne constitue à l'évidence pas de simples indispositions sporadiques ou un simple dérangement passager sans influence pour l'appréciation du risque, mais une véritable altération de la santé. La demanderesse ne saurait de bonne foi prétendre avoir pensé le contraire, alors qu'elle vivait dans un contexte psycho-social troublé dès l'âge de 20 ans, que son trouble n'était pas passager mais fluctuant, et qu'elle s'était vu prescrire des antidépresseurs, les questions 2 et 18 attirant son attention sur le lien entre la maladie et le traitement médical, plus précisément la prise de médicaments. Elle ne saurait donc soutenir valablement qu'elle n'a pas commis de réticence.

d) La défenderesse a invoqué une seconde fois la réticence le 27 février 2003 pour avoir répondu négativement à la question 18.

Il ressort du dossier médical constitué par C. que la demanderesse a été en incapacité de travail à la suite d'un accident en avril 1992. Elle avait alors fait une chute sur les genoux. Le 1^{er} février 1994, le Dr K. a diagnostiqué une chondropathie fémoro-patellaire bilatérale ainsi que des lombalgies basses, mais il a conclu que ces douleurs étaient sans rapport démontré avec l'accident.

La Dresse P. a pour sa part relevé dans son rapport du 9 mars 1998 que la demanderesse souffrait, depuis de nombreuses années, de rachialgies à prédominance lombaire ayant tendance à se généraliser.

Au vu de ces éléments, on ne saurait reprocher à la demanderesse d'avoir répondu par la négative à la question 18. Formulée de façon très générale, celle-ci se réfère à une maladie ou atteinte à la santé, sans qu'il ressorte clairement qu'un accident doive être mentionné. Dans sa deuxième déclaration de réticence, la défenderesse elle-même souligne d'ailleurs l'absence de liens entre la chondropathie et l'accident d'avril 1992. Il n'est pas établi que le diagnostic de chondropathie fémoro-patellaire, antérieur à juillet 1995, ait été communiqué à la demanderesse. Au demeurant, l'on ne saurait retenir que ce diagnostic, qu'on peut grossièrement

résumer comme le stade préliminaire de l'arthrose du genou, ait pu être considéré par la demanderesse comme une maladie ou atteinte à la santé.

La Dresse P. fait certes état de médicaments AINS (réd. : anti-inflammatoires non stéroïdiens), analgésiques, chiropratie et physiothérapie, mais il n'est pas établi que ces traitements aient été dispensés avant juillet 1995 et en dehors de l'épisode de l'accident. Or la question 18 se référait à une maladie ou atteinte traitée médicalement. La Dresse P. souligne d'ailleurs l'effet très limité de ces traitements, et un autre médecin, le Dr I., a mis en évidence un aspect psychosomatique.

Quant aux affections de la colonne vertébrale, telles que douleurs ostéo-articulaires diffuses à prédominance lombaires, elles sont, au vu du rapport du Dr F. du 6 juillet 2000, consécutives à une chute intervenue le 13 juillet 1998.

Par conséquent, ces éléments ne sont pas de nature à fonder une réticence sur la base de la question 9, que la défenderesse n'a d'ailleurs pas évoquée.

e) La demanderesse plaide que la défenderesse aurait accepté de contracter aux mêmes conditions si elle avait connu l'existence de l'état anxio-dépressif.

Pour démontrer ce fait hypothétique, la demanderesse n'a formulé, ni établi aucun indice. Elle n'a pas allégué que la pratique ou des directives de la défenderesse, voire des assurances en général, démontraient qu'un tel élément n'aurait en l'espèce pas influé sur la volonté de contracter. Elle n'a pas requis la défenderesse – ou d'autres compagnies – de produire des documents internes sur le calcul de l'appréciation du risque.

Dès lors que le questionnaire posait expressément la question d'une dépression, il faut en inférer que cet élément importait pour la défenderesse et qu'elle n'aurait pas contracté aux mêmes conditions si elle avait eu connaissance de cet élément. Au regard de l'expérience générale, une telle question apparaît pertinente pour l'appréciation des risques pesant sur la capacité de gain.

f) Au vu de ce qui précède, la demanderesse a, lors de la conclusion du contrat, omis de déclarer un fait important qu'elle connaissait ou devait connaître et commis ainsi une réticence au sens de l'article 6 aLCA, laquelle est indépendante de l'existence d'une faute de sa part.

III. La réticence au sens de l'article 6 LCA étant avérée, il faut encore examiner la question de savoir si la défenderesse a déclaré se départir du contrat dans les délais légaux.

a) Conformément à l'article 6 aLCA, l'assureur qui entend se départir du contrat doit le faire dans les quatre semaines à partir du moment où il a eu connaissance de la réticence.

Il s'agit d'un délai de péremption et la résolution peut intervenir après la survenance du sinistre. Ce délai ne commence à courir que lorsque l'assureur est complètement orienté sur tous les points touchant la réticence, et qu'il en a une connaissance effective, de simples doutes à cet égard étant insuffisants. L'assureur agit donc en temps utile lorsqu'il cherche des informations précises et ne se départ du contrat que dans les quatre semaines suivant leur réception. En outre, le délai de résolution ne court qu'à partir du jour où l'assureur a eu connaissance de la fausse déclaration et non dès le moment où il aurait pu en avoir connaissance s'il avait procédé avec la diligence ordinaire, car le législateur s'est référé à un point de départ strictement positif (la connaissance), et non à un élément subjectif (obligation d'user de la diligence habituelle). Selon la jurisprudence, le délai ne court pas encore si l'assureur a eu vent d'une hospitalisation d'un assuré, qui avait prétendu n'avoir jamais été malade, et que le médecin interpellé se borne à inviter l'assureur à requérir de la direction de l'hôpital un complément d'information (ATF 43 II 526, JT 1918 I 45). L'assureur agit toutefois tardivement s'il est orienté, mais qu'il recherche encore de nouveaux renseignements qui n'ont d'autre effet que celui de confirmer ce qu'il sait déjà. Il appartient enfin à l'assureur de prouver le respect du délai (arrêt du Tribunal fédéral du 21 décembre 2007 dans la cause 4A_340/2007, c. 2.2; ATF 118 II 333 c. 3, rés. in JT 1996 I 127; ATF 116 V 218 c. 6; RBA XVII n. 8; Nef, op. cit., n. 22 ad art. 6 LCA; Carré, op. cit., ad art. 6 LCA, pp. 148 s.; Viret, op. cit., p. 102).

Toute fausse déclaration portant sur des faits distincts faisant l'objet de questions différentes constitue une réticence permettant à l'assureur de se départir du contrat dans le délai de quatre semaines dès le moment où il en a connaissance (art. 4 et 6 LCA). 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 (arrêt du Tribunal fédéral du 20 février 2006 dans la cause 5C.270/2005, c. 3.2; ATF 109 II 159 c. 2c, rés. in JT 1985 I 655).

b) La demanderesse soutient que la défenderesse était complètement orientée sur les faits justifiant une réticence à partir du 28 août 1999. Force est de constater que le rapport du Dr F. daté du même jour ne comprend pas tous les éléments à l'appui d'une appréciation complète du cas de la demanderesse. Si le Dr F. mentionne déjà l'état anxio-dépressif chronique, il ne précise toutefois nullement que ce cadre anxio-dépressif aurait donné lieu à traitement, ni qu'il serait antérieur à la signature du contrat en juillet 1996. Le terme "chronique" laisse certes entendre un état durable, mais le rapport médical est postérieur de trois ans à la proposition d'assurance, et d'un an à la chute dont le rapport souligne qu'elle a aggravé les douleurs dorso-lombaires et sacrales. Ces délais sont suffisants pour permettre à un état dépressif de s'installer, lequel est mentionné dans le contexte principal d'une chute après laquelle a débuté l'incapacité de travail. La défenderesse ne pouvait donc pas savoir si cette maladie est survenue avant ou après l'inscription des réponses au questionnaire de santé et la conclusion du contrat et, ainsi, si la demanderesse avait violé ou non son obligation de déclarer selon l'article 4 LCA.

La demanderesse se réfère encore à divers rapports médicaux que le Dr F. aurait remis, avec son courrier du 28 août 1999, à la défenderesse, mais elle n'en a pas allégué le contenu, ni ne les a produits. Il n'y a par conséquent pas lieu d'en tenir compte.

c) Reste alors à examiner si la défenderesse aurait dû réagir en août 1999 et requérir des compléments d'informations s'agissant de l'état de santé de la demanderesse.

L'état anxio-dépressif, constituant la base pour invoquer la réticence, a été mentionné pour la première fois à la défenderesse par le Dr F. dans son rapport du 28 août 1999. Ce dernier faisait également référence à des dorso-lombosacralgies et à des douleurs aggravées par deux chutes. Il ressort dès lors des circonstances que la défenderesse pouvait comprendre l'état anxio-dépressif comme étant lié aux sacralgies. C'est d'ailleurs manifestement ainsi que voulait être compris le Dr F., qui a expliqué dans un rapport du 6 juillet 2000 que les douleurs ostéo-articulaires diffuses à prédominance lombaires et l'état anxio-dépressif chronique étaient consécutives à une chute intervenue le 13 juillet 1998. Aucune référence n'était faite à un événement antérieur à cette date. De bonne foi, la défenderesse pouvait donc comprendre que l'état anxio-dépressif était non seulement lié aux problèmes de dos de la demanderesse, mais aussi que cet état n'était pas antérieur à 1998.

Sur le vu de ce qui précède, la défenderesse n'était pas en mesure de détecter une réticence, que ce soit sur la base des rapports médicaux du 28 août 1999 ou du 6 juillet 2000. Ces rapports n'étaient par ailleurs pas de nature à susciter des doutes obligeant l'assureur à une vérification, ce que l'on doit d'ailleurs admettre de manière restrictive (Nef, op. cit., n. 23 ad art. 6 LCA).

d) Il est établi que le diagnostic d'état dépressif a été posé en avril 1995. La défenderesse n'a quant à elle eu connaissance de cette date qu'à la lecture du rapport du Dr F. du 20 décembre 2002, qui lui est parvenu le 23 décembre 2002. Le délai de quatre semaines – soit vingt-huit jours – de l'article 6 LCA ne commençant à courir que le lendemain de la réception du rapport, il est arrivé à échéance le lundi 20 janvier 2003. La défenderesse a agi en temps utile en adressant le 7 janvier 2003 sa déclaration dans laquelle elle invoquait la réticence, dès lors qu'elle n'a été complètement orientée sur tous les points touchant à la réticence qu'à la réception du rapport du Dr F. du 20 décembre 2002.

IV. a) D'après la jurisprudence, l'acte par lequel l'assureur déclare se départir du contrat pour cause de réticence doit décrire de façon circonstanciée le fait non déclaré ou inexactement déclaré. N'est pas suffisamment motivée la déclaration de réticence qui ne mentionne pas la question à laquelle le preneur d'assurance n'a

pas répondu ou répondu de manière inexacte (arrêts du Tribunal fédéral du 21 novembre 2006 dans la cause 5C.134/2006, c. 2.1, du 26 septembre 2005 dans la cause 5C.103/2005, c. 6.1, et du 6 septembre 2005 dans la cause 5C.106/2005, c. 2; ATF 129 III 713 c. 2.1, JT 2003 I 619; ATF 110 II 499 c. 4c, rés. in JT 1986 I 628; Fuhrer, Anmerkungen zu BGE 129 III 713 in HAVE/REAS 1/2004 p. 42; Nef, op. cit., nn. 16 ss ad art. 6 LCA).

La déclaration de résolution signifiée dans le délai de quatre semaines qui n'indique pas les questions qui ont fait l'objet d'une réponse inexacte et qui utilise les expressions "aucune maladie ou autre affection n'a été déclarée" ou encore "sur la base des informations en notre possession, vous avez omis de déclarer un fait important que vous connaissiez ou deviez connaître" ne répond manifestement pas aux exigences posées par la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral du 6 septembre 2005 dans la cause 5C.106/2005, c. 2.1). Par ailleurs, une déclaration de résolution postérieure, plus précise, signifiée postérieurement au délai de péremption de quatre semaines, ne peut plus être prise en considération (arrêt du Tribunal fédéral du 6 septembre 2005 dans la cause 5C.106/2005, c. 2.2; ATF 129 III 713 c. 2.1 et 2.2, JT 2003 I 619).

Il n'y a pas formalisme excessif à se prévaloir du fait que la déclaration de résolution ne répond pas aux exigences posées par la jurisprudence quant à son contenu (arrêt du Tribunal fédéral du 6 septembre 2005 dans la cause 5C.106/2005, c. 2.3).

b) En l'espèce, dans sa déclaration du 7 janvier 2003 faite dans le délai de l'article 6 aLCA, la défenderesse indiquait expressément les questions auxquelles la demanderesse avait répondu de manière erronée et précisait clairement en quoi consistaient les faits non déclarés, savoir un état dépressif depuis avril 1995.

La déclaration par laquelle la défenderesse a invoqué la réticence pour se départir du contrat contenait ainsi tous les éléments essentiels pour que le destinataire, à savoir la demanderesse, puisse en comprendre les motifs et se déterminer sur eux. Les conditions formelles de cet acte ont en conséquence été respectées.

c) En définitive, la demanderesse a commis une réticence au détriment de la défenderesse, qui était en droit de se départir du contrat d'assurance et a exercé ce droit en temps utile.

Il s'agit d'une annulation avec effet *ex tunc*, soit au jour de la conclusion du contrat, ce dernier étant réputé n'avoir jamais existé. L'assureur ne doit en conséquence rien payer (RBA XII n. 11; RBA V n. 79; Nef, op. cit., n. 31 ad art. 6 LCA; Carré, op. cit., ad art. 6 LCA, p. 151).

Les conclusions prises par la demanderesse doivent ainsi être rejetées dans leur entier.

V. Selon l'article 92 alinéa 1^{er} CPC, les dépens sont alloués à la partie qui a obtenu l'adjudication de ses conclusions. Ils comprennent principalement les frais et les émoluments de l'office payés par la partie, les honoraires et les débours de son avocat (art. 91 litt. a et c CPC). Les honoraires d'avocat sont fixés selon le tarif du 17 juin 1986 des honoraires d'avocat dus à titre de dépens (RSV 177.11.3). Les débours ont trait au paiement d'une somme d'argent précise pour une opération déterminée. A l'issue du litige, le juge doit rechercher lequel des plaideurs gagne le procès et lui allouer une certaine somme en remboursement de ses frais, à la charge du plaideur perdant.

Obtenant entièrement gain de cause, la défenderesse a droit à de pleins dépens, à la charge de la demanderesse, qu'il convient d'arrêter à 13'000 fr., savoir :

- a) 10'000 fr. à titre de participation aux honoraires de son conseil;
- b) 500 fr. pour les débours de celui-ci;
- c) 2'500 fr. en remboursement de son coupon de justice.

**Par ces motifs,
la Cour civile,
statuant à huis clos
en application de l'article 318a CPC,
prononce :**

- I. Les conclusions prises par la demanderesse R. contre la défenderesse A. Assurances de personnes, selon demande du 7 février 2005, sont rejetées.
- II. Les frais de justice sont arrêtés à 6'250 fr. (six mille deux cent cinquante francs) pour la demanderesse et à 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) pour la défenderesse.
- III. La demanderesse versera à la défenderesse le montant de 13'000 fr. (treize mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

D. Carlsson

Le greffier :

M.-A. Borel

*Du
jugement notifié le 18/06/08
recours au TC pendant (dépôt le 30.06.08)*

Le jugement qui précède, dont le dispositif a été communiqué aux parties le 17 décembre 2007, lu et approuvé à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, aux conseils des parties.

Les parties peuvent recourir au Tribunal cantonal dans les dix jours dès la notification du présent jugement en déposant au greffe de la Cour civile un acte de recours en deux exemplaires désignant le jugement attaqué et contenant leurs conclusions en nullité, ou leurs conclusions en réforme dans les cas prévus par la loi.

Le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière civile devant le Tribunal fédéral au sens des articles 72 et suivants et 90 et suivants de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF - RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des articles 113 et suivants LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1^{er} LTF). L'article 100 alinéa 6 LTF est réservé.

Le greffier :

M.-A. Borel