



TRIBUNAL CANTONAL

CO06.010345
51/2011/FAB

COUR CIVILE

Séance du 30 mars 2011

Présidence de M. MULLER, président
Juges : Mme Carlsson et M. Pellet
Greffier : M. Intignano

* * * * *

Cause pendante entre :

A.J. _____

(Me F. Trümpy-Waridel)

et

X. _____

(Me F.-O. Karlen)

- Du même jour -

Délibérant à huis clos, la Cour civile considère :

E n f a i t :

1.a) La demanderesse A.J._____ est la veuve de B.J._____, qui s'est donné la mort par pendaison le 22 décembre 2004. B.J._____, la demanderesse et leurs deux enfants, C.J._____ et D.J._____, vivaient depuis le 23 juillet 1986 à H._____. La demanderesse y exerce la profession d'institutrice depuis 1985.

B.J._____ était membre de l'organe de contrôle du Comité coopératif de la Société [...], président du conseil intercommunal de l'Association [...], membre du comité de l'Association [...] et membre du bureau exécutif de la [...]. Il avait également été membre de la Municipalité de H._____ dès 1990, puis syndic dès 1994. Il participait, à titre d'assesseur, à la Justice de paix de son arrondissement. Il fonda le FC [...] et fit partie des vétérans du FC [...]. Il était connu comme un homme d'une grande probité. On connaissait ses faits et gestes ainsi que son état de santé, le village et la région étant petits. Il était ainsi notoire que B.J._____ avait souffert d'une dépression dans les années 1997 et 1998, car cela l'avait tenu éloigné de son travail et de ses activités annexes pendant des semaines. Une fois rétabli, il s'était efforcé d'effacer cet épisode malheureux de sa mémoire. Bien que chacun l'eût su, personne ne lui en parlait et il n'en parlait pas, hormis à son fils D.J._____, qui a été entendu comme témoin.

B.J._____ était assistant vice-président au service du E._____ SA, à Lausanne, responsable de la clientèle entreprises. Il n'avait pas le titre de directeur. Il n'avait aucune compétence pour conclure des contrats au nom de son employeur, son rôle se limitant à négocier des crédits de peu d'importance.

b) La défenderesse [...] est une société anonyme dont le siège social se trouve à [...]. Elle a changé de raison sociale en cours de procédure et s'appelle désormais X._____ (ci-après: la X._____). La défenderesse possède des agences régionales dans le canton de Vaud, notamment l'agence générale de [...] à G._____. Cette agence est une entreprise individuelle inscrite au Registre du commerce. Y._____, conseiller en assurances, y est rattaché. Sa photographie apparaît sur l'extrait du site Internet de la défenderesse dans la liste des "Conseillers en assurances". Il a la compétence de conclure des assurances "choses", mais pas celle de conclure des assurances de personnes.

2.a) Y._____ avait des contacts professionnels avec B.J._____, notamment parce qu'il s'est occupé des assurances de ce dernier dans les cinq années avant son décès. Ils se sont rencontrés sur le lieu de travail de B.J._____ principalement, mais aussi deux fois à son domicile. Y._____ était l'interlocuteur principal de B.J._____ auprès de la défenderesse.

Dans le courant de l'année 2000, Y._____ a proposé des assurances sur la vie à B.J._____. Deux questionnaires pour proposition électronique (POS) d'assurance ont été remplis et signés les 19 septembre et 22 novembre 2000 par B.J._____ et Y._____. Ce dernier a parcouru les questionnaires de santé avec B.J._____, qui a répondu aux questions. En tant que conseiller en assurances, Y._____ connaissait l'importance d'une réponse exacte aux questions de santé. En effet, tout agent d'assurance est rendu attentif lors de sa formation à l'importance de l'exactitude des réponses apportées aux questionnaires d'assurances. Les deux questionnaires comportent, en guise de préambule, le texte suivant:

"Le proposant est tenu de répondre de façon précise et complète à toutes les questions qui lui sont posées. (...) Le signataire de la proposition est responsable des conséquences de réponses inexactes et incomplètes, même si ces réponses ont été rédigées par un conseiller en assurance ou par une tierce personne. La validité du présent contrat dépend des réponses véridiques et complètes aux questions posées dans le présent questionnaire. Des omissions ou des réponses inexactes donnent droit à [...] de se départir du contrat selon l'art. 6 de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908."

A la question 14, identique pour les deux questionnaires, la case "non" a été cochée; la question était la suivante: "Au cours des 5 dernières années avez-vous été incapable de travailler pendant plus de 4 semaines?". A la question 16.1, la case "oui" a été cochée; figure dans la marge l'inscription manuscrite "Calcul rénal janvier 2000 résorbé". La question 16.1 était libellée ainsi:

"Avez-vous déjà souffert de l'un des maladies mentionnées ci-dessous?"

Maladies du cœur ou de la circulation, pertes de connaissance, tension élevée, maladies du sang, tuberculose, asthme, cancer, ulcères, maladies infectieuses VIH (SIDA et autres maladies apparentées), maladies de l'estomac ou des intestins, maladies du foie, de la bile ou des reins, maladies de la vessie ou des voies urinaires, diabète, maladies des poumons, albumine ou sucre dans l'urine, affections des articulations, de la colonne vertébrale, affections discales, sciatique, épilepsie, affections des yeux ou des oreilles, dépressions, affections mentales ou nerveuses (tentative de suicide), ou d'une autre maladie non mentionnée ci-dessus?"

En procédure, la demanderesse a allégué que les réponses de B.J._____ aux questionnaires des 19 septembre et 22 novembre 2000 ne correspondaient pas exactement à la réalité médicale. Cette question sera examinée plus particulièrement dans la partie droit, sur la base des faits établis.

b) Sur la base du questionnaire du 19 septembre 2000, B.J._____ et la défenderesse ont conclu une police d'assurance n° [...]371 le 10 octobre 2000, dont la teneur est la suivante:

X. _____

Société Suisse d'Assurances sur la Vie

POLICE D'ASSURANCE NO .371

Preneur d'assurance M. B.J. _____

à H. _____

Assurance pour M. B.J. _____
né le .1945

Prestations d'assurance

Somme/Rente

**Durée
d'assurance**

Assurance en cas de décès par suite
de maladie ou d'accident pour un
capital constant de
(Tarif RTcg-Fit)

CHF 50.000,00 du 01.10.2000
au 30.09.2005

ASSURANCE DECES A CAPITAL CONSTANT AVEC GARANTIE DE TARIF

(Tarif RTcg-Fit, conditions-GF, édition 2000)

M. B.J. _____

La prestation d'assurance est payée si la personne assurée décède par suite de maladie ou
d'accident pendant la période du

1er octobre 2000 au 30 septembre 2005

Si la personne assurée survit au terme de l'assurance, aucune prestation ne sera due.

Le capital constant assuré s'élève à :

CHF 50.000,00.

Cette assurance a une valeur de transformation après un délai de 3 ans.

PRIMES

Les primes annuelles s'élèvent à :

Genre d'assurance	Prime	*Plan	Durée de paiement des primes
Assurance décès (Tarif RTcg-Fit)	CHF 480,00	RF	du 01.10.2000 au 30.09.2005
Frais fixes (Tarif FF)	CHF 70,00	SP	du 01.10.2000 au 30.09.2005

PARTICIPATION AUX EXCEDENTS (*Plan RF)

Cette assurance donne immédiatement droit à la participation aux excédents sous forme de
réduction des primes.

PARTICIPATION AUX EXCEDENTS (*Plan SP)

Cette assurance ne donne droit à aucune participation aux excédents.

CLAUSE BENEFICIAIRE

En cas de décès, l'assurance est conclue en faveur du conjoint, à défaut en faveur des enfants, à défaut en faveur des autres héritiers de la personne assurée dans la mesure de leur vocation successorale.

CONDITIONS GENERALES

Font partie intégrante de cette police les conditions générales :

AVB Edition 2000 CF Edition 2000

Sur la base du questionnaire du 22 novembre 2000, B.J. _____ et la défenderesse ont conclu une police d'assurance n° [...]712 datée du 15 décembre 2000, dont la teneur est la suivante:

ASSURANCE DECES A CAPITAL CONSTANT AVEC GARANTIE DE TARIF

(Tarif RTcg-Fit, conditions CF, édition 2000)

M. B.J. _____

La prestation d'assurance est payée si la personne assurée décède par suite de maladie ou d'accident pendant la période du

20 novembre 2000 au 19 novembre 2010

Si la personne assurée survit au terme de l'assurance, aucune prestation ne sera due.

Le capital constant assuré s'élève à :

CHF 100.000,00.

Cette assurance a une valeur de transformation après un délai de 3 ans.

LIBERATION DU PAIEMENT DES PRIMES AVEC GARANTIE DE TARIF

(Tarif IF3)

M. B.J. _____

En cas d'incapacité de gain de la personne assurée par suite de maladie ou d'accident, le preneur d'assurance est libéré du paiement des primes, selon les conditions pour les rentes en cas d'incapacité de gain et la libération du paiement des primes pendant la période du

20 novembre 2000 au 19 novembre 2010

après un délai d'attente de 3 mois.

La prestation est accordée dès le jour où l'incapacité de gain a été annoncée, mais au plus tôt après l'expiration du délai d'attente choisi.

Cette assurance n'a pas de valeur de transformation.

PRIMES

Les primes annuelles s'élèvent à :

Genre d'assurance	Prime	*Plan	Durée de paiement des primes
Assurance décès (Tarif RTcg-Fit)	CHF 1.130,50	RF	du 20.11.2000 au 19.11.2010
Libération de primes (Tarif IF3)	CHF 56,00	RF	du 20.11.2000 au 19.11.2010
Frais fixes (Tarif FF)	CHF 70,00	SP	du 20.11.2000 au 19.11.2010

PARTICIPATION AUX EXCEDENTS (*Plan RF)

Cette assurance donne immédiatement droit à la participation aux excédents sous forme de réduction des primes.

PARTICIPATION AUX EXCEDENTS (*Plan SP)

Cette assurance ne donne droit à aucune participation aux excédents.

CLAUSE BENEFICIAIRE

En cas de décès, l'assurance est conclue en faveur du conjoint, à défaut en faveur des enfants, à défaut en faveur des autres héritiers de la personne assurée dans la mesure de leur vocation successorale.

CONDITIONS GENERALES

Font partie intégrante de cette police les conditions générales :

AVB Edition 2000 CF Edition 2000 ER Edition 2000

Ces deux polices d'assurance mentionnent que certaines conditions générales d'assurance (ci-après: CGA) en font partie intégrante. C'est notamment le cas des CGA pour les assurances sur la vie, dont les dispositions topiques sont les suivantes:

"(...)

2. Comment votre assurance est-elle traitée du point de vue juridique?

Les droits et obligations découlant du contrat d'assurance sont fixés dans votre police et dans ses éventuels avenants ainsi que dans les conditions d'assurance. Le contrat d'assurance est soumis au droit suisse, notamment à la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance.

(...)

7. Quelle est l'étendue de votre couverture d'assurance?

(...)

7.3 Suicide

Si la personne assurée se donne la mort plus de trois ans après l'entrée en vigueur de l'assurance ou d'une proposition de remise en vigueur de l'assurance, nous accordons la prestation assurée dans sa totalité.

(...)

10. Comment faire valoir les prestations d'assurance?

Notre société doit immédiatement être informée de la survenance d'un événement assuré. Nous nous chargeons ensuite de vous faire parvenir les formulaires nécessaires.

Nous ne pouvons accorder nos prestations que lorsque nous sommes en possession de toutes les informations,

rapports d'expertise et documents qui nous sont nécessaires pour déterminer notre obligation de verser des prestations.

(...)"

c) Selon un décompte établi par la défenderesse, Y._____ a perçu en octobre et décembre 2000 des commissions de 1'131 fr. et 240 fr. pour les polices d'assurances des 10 octobre et 15 décembre 2000, commissions qui sont dues une fois à la conclusion du contrat et non périodiquement.

3.a) A la suite du décès de B.J._____ le 22 décembre 2004, D.J._____ a contacté Y._____ entre la fin du mois de décembre 2004 et le début du mois de janvier 2005. Y._____ a exprimé toutes ses condoléances à la famille B.J._____. Le 7 janvier 2005, il leur a adressé un courrier qu'il avait préparé à l'intention de la défenderesse, à signer par la demanderesse, pour le règlement des capitaux dus. A.J._____ s'est alors servie de ce modèle préparé, par lequel elle informait l'assurance du suicide de son époux et demandait le versement des capitaux d'assurance. Le 26 janvier 2005, la défenderesse a écrit à la demanderesse pour accuser réception de son avis du 25 janvier 2005 concernant le décès de son époux et la demande de versement des capitaux préparée par le conseiller en assurance. Dans ce même courrier, l'assurance demandait qu'on lui fasse parvenir le rapport médical en cas de décès de B.J._____. Elle a reçu ce rapport le 7 février 2005; celui-ci mentionne notamment que B.J._____ a été hospitalisé du 24 novembre 2004 à la mi-décembre 2004 à l'hôpital de K._____ pour un état dépressif.

Le 9 février 2005, la défenderesse a adressé un questionnaire au Dr F._____ et à la Dresse D._____, médecins traitants de B.J._____. Par courrier du 15 février 2005, le Dr F._____, médecin de famille, a répondu notamment que son patient l'avait consulté le 6 mai 1997 pour un état dépressif qui avait motivé de nombreuses consultations par la suite, à savoir les 23 mai, 25 juin, 23 août, 14 et 17 octobre, 11, 22 et 30 décembre 1997. Il a précisé que B.J._____ jouissait de sa pleine capacité de travail du 1^{er} janvier 1995 au 31 décembre 2000, mis à part l'état dépressif et une hospitalisation à la clinique T._____ qui avait occasionné un arrêt de travail à 100% du 14 octobre 1997 au 16 décembre 1997, puis à 50% du 17 décembre 1997 au 1^{er} février 1998. Dans son rapport du 22 février 2005, la Dresse D._____, psychiatre, a confirmé un "épisode anxio-dépressif qui devint épisode dépressif majeur chez une personne à traits obsessionnel – compulsif".

Sur la base de ces deux rapports médicaux, la défenderesse a refusé ses prestations en invoquant la réticence, dans un courrier du 25 février 2005.

b) La demanderesse allègue, en substance, que Y._____ connaissait l'état dépressif antérieur de son époux et son hospitalisation à la clinique T._____ au moment où les questionnaires d'assurance ont été remplis. Elle a offert d'établir ces faits par l'audition de ses deux enfants et du conseiller en assurances, qui ont été entendus comme témoins.

C.J._____ et D.J._____, soit les enfants de la demanderesse et du défunt, ont confirmé que Y._____ avait connaissance des problèmes de santé de leur père, par les propos qu'il a tenus devant eux dans le cadre de leur rencontre à la suite du décès. Selon ces témoins, Y._____ savait que leur père avait souffert de dépression, propos tenus dans le cadre d'une conversation compatissante. Y._____ a contesté avoir connu l'état dépressif de B.J._____, que ce soit au moment de remplir les propositions d'assurances ou plus tard. Il n'avait eu connaissance que d'un problème de calculs rénaux. Il a appris les problèmes de dépression après le décès. Il a déclaré qu'il était possible qu'au moment où il a rencontré la demanderesse et ses enfants à leur domicile après le décès, l'un ou l'autre d'entre eux ait parlé des problèmes de dépression de B.J._____, sans qu'il ne se souvienne des détails.

Ainsi, les seuls témoins soutenant la version selon laquelle le conseiller en assurance aurait eu connaissance des problèmes de santé psychique de B.J._____ sont des proches de la demanderesse. Alors que C.J._____ soutient que Y._____ a déclaré lors de leur rencontre que B.J._____ avait été victime d'une dépression en 1997, D.J._____ est moins catégorique au sujet de ce que le conseiller en assurance pouvait savoir au moment de la conclusion du contrat, se bornant à affirmer que Y._____ avait connaissance de ces éléments médicaux au tout début du mois de janvier 2005. La cour de céans considère que les témoignages des enfants de la demanderesse et du défunt ne sont pas suffisants pour admettre que le conseiller en assurances aurait rempli le questionnaire avec l'assuré en taisant des éléments médicaux que l'assuré lui avait communiqués. Il n'est pas établi que Y._____ ait connu les problèmes de santé psychiques de B.J._____ antérieurement à la rencontre avec sa famille à la fin de l'année 2004 ou au début de l'année 2005. Les enfants de la demanderesse ignorent d'ailleurs comment Y._____ aurait pu l'apprendre autrement.

Il est ainsi établi que Y._____ a eu connaissance de l'état dépressif de B.J._____ lorsqu'il a rencontré la famille du défunt, après le décès de celui-ci. Cette information ne porte toutefois que sur la connaissance d'un état dépressif en général, et non sur l'arrêt de travail ou l'hospitalisation du défunt. Le témoignage de C.J._____ selon lequel Y._____ aurait eu connaissance d'une dépression de l'assuré en 1997 ne saurait être retenu, car il n'est pas corroboré par le témoignage de son frère. Le témoignage des proches vient à l'appui de l'argumentaire de la demanderesse, sans apporter toutefois la moindre explication sur la manière dont le conseiller en assurance aurait reçu les informations. Les témoignages des proches de la demanderesse ne sont d'ailleurs corroborés par aucun autre élément au dossier, de sorte qu'ils ne suffisent pas à contredire celui de Y._____. Celui-ci a d'ailleurs déclaré avoir certifié à la défenderesse qu'il n'était au courant ni des problèmes de santé de B.J._____ lors de la signature des polices concernées, ni de leur chronologie.

4.a) Une expertise a été confiée au Prof. Jacques Gasser, du Centre d'expertises du CHUV, à Lausanne. Le Prof. Gasser a informé le juge instructeur dans un courrier du 12 novembre 2007 que le mandat avait été attribué à la Dresse M. Silva, le Dr Philippe Delacrausaz fonctionnant comme superviseur. Le rapport a été rendu le 30 avril 2008.

A titre de préambule, l'expert a expliqué que la réponse aux allégués qui lui étaient soumis revenait, en substance, à s'interroger sur la capacité de discernement de feu B.J._____, au sens de l'art. 16 du Code civil suisse (ci-après: CC; RS 210), au moment où il a rempli les questionnaires d'assurances à l'aune de sa maladie psychiatrique. Dans une séance du 22 janvier 2008, l'expert et les conseils des parties ont convenu de reformuler le contenu de l'expertise à rendre de la manière suivante:

"Afin d'évaluer la capacité de discernement du défunt au moment où il a rempli les questionnaires de l'assurance, l'expertise doit répondre à deux questions:

1. De quel trouble psychiatrique a souffert feu Monsieur B.J._____ en général et plus particulièrement au moment de signer les questionnaires d'assurance ?
2. Ses troubles psychiatriques auraient-ils pu être de nature à l'empêcher d'agir raisonnablement et de reconnaître l'existence de ses antécédents psychiatriques (notamment de l'épisode dépressif et de son arrêt de travail) au moment où il a rempli les questionnaires et signé la police d'assurance?"

L'expert souligne d'abord que les éléments anamnestiques ont été recueillis à partir du dossier de la cause contenant notamment le dossier médical de B.J._____. Il a ainsi constaté que le Dr F._____ avait adressé son patient à la Dresse D._____, qui a vu celui-ci à deux reprises, les 12 et 22 mai 1997, avant sa première hospitalisation en milieu psychiatrique à la clinique T._____ du 28 octobre au 10 décembre 1997. A la sortie, le traitement de B.J._____ était constitué de Zoloft 50mg, d'Inderal 40mg et de Lexotanil 3mg. Par la suite, le patient a repris son traitement chez le Dr F._____ et la Dresse D._____; celle-ci l'a revu les 16 et 22 décembre 1997, ainsi que les 13 janvier, 5 février, 5 mars et 14 avril 1998. En mai 1998, l'épisode dépressif était résolu. Le traitement médicamenteux de l'épisode dépressif a été arrêté en tout cas à partir de 1999. Dans la période de septembre à décembre 2000, il n'y a aucune mention au dossier médical d'une symptomatologie psychique. C'est à partir du mois d'août 2004 que B.J._____, alors retraité, allait de nouveau moins bien; il a consulté la Dresse D._____ le 19 août. Il a séjourné ensuite à l'hôpital psychiatrique de K._____ du 24 novembre au 18 décembre 2004 avant de se suicider le 22 décembre suivant.

Concernant le status psychiatrique de B.J._____ au moment de la signature des questionnaires, l'expertise relève que celui-ci était pleinement apte au travail, continuant son activité à 100% au sein du E._____ SA, et qu'il assumait toujours la charge de syndic. Selon l'expert, ces éléments vont à l'encontre de la présence chez B.J._____ pendant cette période d'une perturbation significative des différentes fonctions mentales, faisant partie du status psychiatrique (tels que la conscience, la cognition, la perception, le discours et la pensée, l'affectivité, le dynamisme et la psychomotricité). Il en conclut que le status psychiatrique du patient à cette époque était normal. Le diagnostic posé est le suivant:

"Trouble dépressif récurrent (deux épisode dépressifs distincts sans caractéristiques psychotiques l'un en 1997-1998 et l'autre en 2004) en rémission pendant la période de la signature des questionnaires d'assurance (F33.4)"

L'expertise note, pendant la période déterminante, soit à la fin de l'année 2000, l'absence de caractéristiques psychotiques dans la dépression du patient, qui auraient pu altérer son rapport à la réalité. Il

n'y a pas non plus, selon l'expert, d'arguments dans le dossier médical concernant cette période en faveur de la présence d'autres troubles psychiatriques constitués que la dépression. A cet égard, la lettre de sortie de la clinique T._____ mentionne des traits de la personnalité obsessionnels compulsifs qui ne constituent pas un diagnostic psychiatrique mais qui rendent compte du fonctionnement psychologique. L'expert a ajouté qu'il n'y avait rien qui fit supposer que B.J._____ souffrait d'un trouble psychiatrique constitué dans la période de septembre à décembre 2000, moment où il a rempli les questionnaires et signé les polices d'assurance. Dans ce sens, l'expertise conclut que B.J._____ ne présentait pas de trouble psychiatrique susceptible d'entraver sa capacité de discernement au moment de remplir les questionnaires et de signer les polices d'assurance.

S'agissant du déni de B.J._____ de sa maladie, l'expert a précisé que ce terme est évoqué pour rendre compte, au sens de la théorie psychanalytique, d'un mécanisme de défense psychologique inconscient qui assure à la personne la résolution de l'anxiété et des conflits émotionnels par le désaveu de facteurs de réalité externes intolérables (entrave à la reconnaissance d'une réalité perturbante). Dans le cadre d'une pathologie psychiatrique avérée, le déni peut relever d'une dimension psychotique (déliante), et donc relever d'un symptôme psychopathologique, qui implique l'abolition de la réalité partagée. Dans ce cas, le sujet est convaincu d'éléments de sa réalité propre et n'admet pas des éléments de la réalité partageable malgré une confrontation de la part de l'entourage à cette réalité-là. En dehors de ces situations où un trouble psychiatrique est avéré et où le déni représente un symptôme psychopathologique, certaines personnes peuvent avoir des difficultés à admettre certains faits douloureux de leur existence et les "dénier", mais il s'agit alors de phénomènes étrangers à la pathologie mentale. Ceci étant posé, l'expert a estimé qu'il n'était pas exclu, pour une personne telle que B.J._____, toujours très active et engagée publiquement, qu'il était extrêmement difficile d'accepter pour lui la présence de la maladie psychique telle que la dépression (pouvant signifier faiblesse, inactivité et réprobation sociale). Dans ce cas, cette difficulté d'acceptation de la dépression pourrait parfaitement avoir été présente chez lui, sans toutefois revêtir une dimension psychopathologique propre à entraver sa capacité de discernement.

En conclusion, l'expert a répondu de la manière suivante aux deux questions initialement posées:

"1. De quels troubles psychiatriques a souffert feu Monsieur B.J._____ en général et plus particulièrement au moment de signer la police d'assurance?

Feu Monsieur B.J._____ a souffert d'un trouble dépressif récurrent avec deux épisodes dépressifs distincts sans caractéristiques psychotiques, l'un en 1997-1998 et l'autre en 2004.

Entre ces deux épisodes et plus particulièrement au moment de remplir les questionnaires et de signer la police d'assurance (entre septembre et décembre 2000), il était dans une phase de rémission de ce trouble.

2. Ces troubles psychiatriques auraient-ils pu être de nature à l'empêcher d'agir raisonnablement et de reconnaître l'existence de ses antécédents psychiatriques (notamment de l'épisode dépressif et de son arrêt de travail)?

Etant donné l'absence d'une pathologie psychiatrique avérée au moment de remplir les questionnaires et de signer la police d'assurance, la capacité de feu Monsieur B.J._____ d'agir raisonnablement, notamment de reconnaître l'existence de ses antécédents psychiatriques, n'était pas altérée, au sens du Code Civil."

b) L'expert a déposé un rapport complémentaire d'expertise le 22 juillet 2010. Interrogé sur la question de savoir si B.J._____ se trouvait dans une situation de déni de sa maladie, l'expert a répondu qu'il n'avait pas présenté de tels symptômes psychotiques, que ce soit durant les moments de dépression active ou en-dehors de ces épisodes. Il a précisé que B.J._____ se montrait, lors des consultations chez la Dresse D._____, très nostalgique du temps passé, anxieux de l'avenir, manifestant un sentiment d'impuissance important face à sa situation professionnelle. En effet, travaillant comme employé de banque, d'abord dans une petite banque où il était très heureux, le contact direct avec la clientèle lui plaisait énormément, B.J._____ travaillait au moment de l'apparition de ses difficultés psychiques au E._____ SA qui venait de procéder à des restructurations et il se retrouvait à effectuer des tâches plus subalternes, et surtout interchangeable, dans lesquelles il ne se sentait pas reconnu et qui lui plaisaient moins. Il vivait cela comme une atteinte à sa fierté et comme une très grande perte. Par ailleurs, il était très angoissé face aux exigences de ses employeurs quant à l'utilisation de l'informatique. L'expert a encore précisé qu'il n'était pas exclu pour une personne telle que B.J._____, toujours très active et engagée publiquement, qu'il lui eût été extrêmement difficile d'accepter la présence de la maladie psychique telle que la dépression (pouvant signifier faiblesse, inactivité et réprobation sociale). Dans ce cas, cette difficulté d'acceptation de la dépression pourrait parfaitement avoir été présente chez lui. Ainsi, l'expert a estimé qu'il était tout à fait possible que B.J._____ n'eût pas envisagé la possibilité d'une rechute dépressive le concernant.

L'expertise indique encore qu'à partir du 1^{er} février 1998, B.J._____ avait retrouvé sa capacité de travail, que le traitement psychiatrique chez la Dresse D._____ avait été interrompu le 15 avril 1998 et qu'il n'avait plus été traité pour un trouble dépressif entre la fin de l'année 1998 et le mois d'août 2004. Enfin, selon les constatations de l'expert, le dossier médical de la clinique T._____ ne permet pas de dire s'il existe une loi du silence autour de la maladie de B.J._____. A titre d'exemple, l'expertise relève une note de la Dresse D._____ dans son dossier, en date du 16 décembre 1997, ainsi libellée : « Retour de ce patient après un séjour de plus d'un mois à la clinique T._____, séjour qu'il a, selon ses dires, abrégé car cette hospitalisation ne lui a pas apporté ce qu'il en attendait. Son attente vis-à-vis du corps médical est du registre du tout ou rien, il ne parvient pas à imaginer un entre-deux, une collaboration, une participation active de sa part. Est toujours dans l'attente d'une restauration magique de son bien-être d'avant la restructuration à la banque », ce qui, d'avis d'expert, signale la difficulté de B.J._____ à évoquer ses difficultés sur un plan psychologique, mettant en avant les problèmes qu'il situait sur le plan professionnel.

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

6. Par demande du 6 avril 2006, A.J._____ a conclu, sous suite de frais et dépens, au paiement par la défenderesse (anciennement [...]), de la somme de 150'000 fr., avec intérêt à 5% l'an dès le 1^{er} février

2005.

Dans sa réponse du 24 août 2006, la X. _____ a conclu au rejet de l'ensemble des conclusions de la demande, précisant qu'elle avait changé de raison sociale et qu'elle renonçait à invoquer un défaut de légitimation passive (all. 93).

E n d r o i t :

I.a) Au 1^{er} janvier 2011 est entré en vigueur le Code de procédure civile suisse (ci-après: CPC; RS 272) qui règle la procédure applicable devant les juridictions cantonales, notamment quant aux affaires civiles contentieuses (art. 1 let. a CPC). L'art. 404 al. 1 CPC dispose que les procédures en cours à l'entrée en vigueur de cette loi sont régies par l'ancien droit de procédure jusqu'à la clôture de l'instance.

En l'espèce, la procédure a été introduite par demande du 6 avril 2006 et était toujours en cours le 1^{er} janvier 2011, de sorte qu'elle demeure régie par le Code de procédure civile vaudois (ci-après: CPC-VD; RSV 270.11).

b) La demanderesse réclame le paiement des prestations en capital prévues par les polices d'assurances sur la vie conclues par son défunt mari et dont elle se prétend bénéficiaire.

La défenderesse soutenant s'être valablement départie du contrat d'assurance pour cause de réticence au sens de l'art. 6 de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (ci-après: LCA; RS 221.229.1), elle s'oppose au versement des capitaux assurés.

L'art. 2 des Conditions générales de la défenderesse (ci-après: CGA) renvoie à la LCA en matière de réticence. Il convient donc préalablement de déterminer quelle est la teneur de l'art. 6 LCA applicable au cas d'espèce, puisque cette disposition a été modifiée par une loi fédérale du 17 décembre 2004, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2006 (RO 2005 p. 5250; FF 2003 pp. 3353 ss).

c) La disposition transitoire contenue à l'art. 102 al. 4 LCA renvoie à l'art. 882 du Code fédéral des obligations du 14 juin 1881 (ci-après: aCO), qui a été remplacé par l'art. 1 al. 1 Tit. fin. CC le 1^{er} janvier 1912 (cf. Nebel, Commentaire bâlois de la Loi sur le contrat d'assurance, nn. 1 et 3 ad art. 102 LCA). Cette dernière disposition instaure le principe de la non-rétroactivité des lois (ATF 136 III 334 c. 2.2), selon lequel 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) — principe que l'al. 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'art. 1 al. 1 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 136 III 334 précité; ATF 133 III 105 c. 2.1.1, rés. *in JT* 2007 I 135).

En dérogation au principe général de non-rétroactivité précisé ci-dessus, l'art. 2 Tit. fin. CC prévoit que les règles établies dans l'intérêt de l'ordre public et des moeurs sont applicables, dès leur entrée en vigueur, à tous les faits pour lesquels la loi n'a pas prévu d'exception (al. 1); en conséquence – ou pour exprimer la même chose sous une forme négative – les dispositions de l'ancien droit qui, d'après le droit nouveau, sont contraires à l'ordre public ou aux moeurs ne peuvent plus recevoir d'application (al. 2) (ATF 133 III 105 c. 2.1.2, rés. *in JT* 2007 I 135). La cour de céans a déjà eu l'occasion de se prononcer sur cette question en relation avec l'art. 6 LCA. Elle est arrivée à la conclusion que l'ancien régime, malgré ses effets négatifs sur la situation des assurés, ne pouvait pas être considéré comme contraire à l'ordre public et aux moeurs (CCIV 67/2008/PBH du 30 mai 2008; CCIV 188/2007/JKR du 17 décembre 2007). Dans plusieurs arrêts postérieurs à l'entrée en vigueur du nouveau droit, le Tribunal fédéral a de son côté appliqué l'art. 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 moeurs (TF 4A_543/2008 du 28 janvier 2009 c. 2.1; TF 5C.51/2006 du 17 juillet 2006; TF 4A_340/2007 du 21 décembre 2007 c. 3.1).

En l'espèce, la défenderesse prétend qu'il y a eu violation du devoir d'annoncer un fait important lors de la conclusion des contrats des 10 octobre et 15 décembre 2000 et sur les propositions d'assurance signées les 19 septembre et 22 novembre 2000. La demanderesse a réclamé le paiement des prestations découlant des contrats d'assurance sur la vie de son défunt mari le 25 janvier 2005. La défenderesse a invoqué la réticence le 25 février 2005. Ainsi, tous les faits pertinents de la cause ont eu lieu avant l'entrée en vigueur du nouveau droit. Par ailleurs, il n'y a aucune raison de s'écarter de la jurisprudence de la cour de céans – au demeurant non contredite par la jurisprudence du Tribunal fédéral – selon laquelle l'application de l'ancien art. 6 LCA ne pouvait pas être considérée comme contraire à l'ordre public et aux moeurs. Il s'ensuit que les contrats d'assurance litigieux sont soumis à la LCA dans sa teneur antérieure au 1^{er} janvier 2006 (ci-après: aLCA).

d) La demanderesse est désignée comme bénéficiaire des capitaux assurés dans les polices d'assurance sur la vie signées par son défunt mari. Elle est donc activement légitimée à en requérir le paiement. Il a été dûment pris acte du changement de raison sociale de la défenderesse en cours de procédure, laquelle a au surplus renoncé à invoquer un éventuel défaut de légitimation passive. Ainsi, en sa qualité de partie cocontractante aux polices d'assurance sur la vie, elle a la légitimation passive.

II.a) Selon l'art. 6 aLCA, il y a réticence si celui qui devait faire une déclaration a, lors de la conclusion du contrat, omis de déclarer ou inexactement déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître. La notion se réfère aux déclarations obligatoires qui sont régies par l'art. 4 aLCA, dont la teneur

n'a pas varié. Selon cette disposition, 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 présumés importants les faits au sujet desquels l'assureur a posé par écrit des questions précises, non équivoques (al. 3).

Pour dire s'il y a réticence, la première question à résoudre est donc celle de savoir si la question formulée par l'assureur était précise et non équivoque (art. 4 al. 3 aLCA). L'assureur doit rédiger ses questions de sorte qu'elles puissent être comprises de la plupart des gens, sans qu'ils aient à s'enquérir du sens de certaines expressions particulières, sans quoi l'on favoriserait des résiliations qui iraient à l'encontre du principe de la confiance à la base de l'art. 6 aLCA (ATF 101 II 339 c. 2b, JT 1976 I 627; Carré, op. cit., p. 142). L'assureur est autorisé à poser des questions sur toutes les circonstances qui sont de nature à influencer sérieusement sa détermination d'accepter ou de refuser la proposition d'assurance (ATF 68 II 328 c. 1, JT 1943 I 241). La notion de fait important est définie à l'art. 4 al. 2 aLCA. Cette disposition vise tous les éléments qui doivent être pris en considération 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 136 III 334 c. 2.4).

Quant au proposant, il doit agir conformément aux règles de la bonne foi. Le proposant doit déclarer non seulement les faits qui lui sont connus sans autre réflexion, mais aussi ceux qui ne peuvent lui échapper s'il réfléchit sérieusement aux questions posées (ATF 136 III 334 c. 2.4). Il n'existe pas d'obligation du proposant de donner des indications pertinentes pour l'appréciation du risque quand aucune question écrite ne lui est posée à ce sujet et il n'a pas à faire de déclarations spontanées. Ainsi, la 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 (TF 5C.5/2005 du 23 juin 2005 c. 2.2 précité; Carré, op. cit., p. 127). Ce qui est 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 (ATF 118 II 333 c. 2b, rés. in JT 1996 I 127; Carré, op. cit., pp. 128 et 146; Viret, Droit des assurances privées, 2^{ème} éd., pp. 98 ss). Ainsi, 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 (TF 59.103/2005 du 26 septembre 2005 consid. 2.2; ATF 11611 338 consid. lb, SJ 1991 p. 17; CCIV 141/2007/PMR du 3 octobre 2007; Carré, op. cit., ad art. 6 LCA, p. 146). La réticence suppose que la réponse donnée à la question ne soit pas conforme à la vérité, par omission ou inexactitude. La réticence réside dans la divergence entre la vérité et ce qui a été déclaré. Elle peut consister à affirmer un fait faux, à taire un fait vrai ou à présenter une vision déformée de la vérité (ATF 136 III 334 précité c. 2.3).

La présomption de l'art. 4 al. 3 aLCA, selon laquelle "sont réputés importants les faits au sujet

desquels l'assureur a posé par écrit des questions précises, non équivoques", 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. Que l'assureur ait posé une question précise permet ainsi seulement de présumer que le fait était important. Cette présomption peut cependant être renversée par l'assuré qui peut prouver que, s'il avait répondu de manière exacte et complète, l'assureur aurait néanmoins conclu le contrat aux mêmes conditions (ATF 136 III 334 précité c. 2.4).

b) Dans le cas d'espèce, les questionnaires remplis par B.J._____ les 19 septembre et 22 novembre 2000 posaient, au chiffre 16.1, la question de savoir s'il avait déjà souffert de l'une des maladies listées, parmi lesquelles figure la "dépression". Il n'est ainsi pas douteux que cette question, claire et précise, que tout un chacun est apte à comprendre, concernait un fait important pour l'évaluation du risque à charge de la défenderesse, raison pour laquelle cette question était expressément posée; sa réponse est ainsi présumée être un fait important pour l'assureur dans l'établissement du risque assuré.

Il est établi que le mari de la défenderesse a souffert d'un état dépressif en 1997 qui l'a conduit à consulter le Dr F._____, médecin traitant, puis la Dresse D._____, psychiatre, à plusieurs reprises. En octobre 1997, il a été hospitalisé à la clinique T._____, ce qui lui a occasionné un arrêt de travail à 100% du 14 octobre 1997 au 16 décembre 1997, puis à 50% du 17 décembre 1997 au 1^{er} février 1998. Il ressort de l'expertise que, par la suite, le patient a repris son traitement chez le Dr F._____ et la Dresse D._____; celle-ci l'a revu les 16 et 22 décembre 1997, ainsi que les 13 janvier, 5 février, 5 mars et 14 avril 1998. En mai 1998, l'épisode dépressif était résolu. Le traitement médicamenteux de l'épisode dépressif a été arrêté en tout cas à partir de 1999. Il n'est ainsi pas contestable que compte tenu de l'incapacité de travail subie, de l'hospitalisation et de la médication importante et continue dont a fait l'objet B.J._____ entre 1997 et 1999, l'altération de son état de santé en raison de ses troubles dépressifs n'a pas consisté en un simple dérangement passager.

Pourtant, à la question 14 des questionnaires d'assurance des 19 septembre et 22 novembre 2000 – soit celle de savoir s'il avait été en incapacité de travail pendant plus de quatre semaines dans les cinq ans précédant la signature – B.J._____ a répondu par la négative. De même, à la question 16.1, il n'a fait mention que de calculs rénaux résorbés en février 2000. Il ne lui était pas nécessaire de faire des recherches particulières afin de répondre de bonne foi à cette question; il avait du reste été traité par un médecin, puis un psychiatre, pour enfin être hospitalisé dans une clinique spécialisée. Les atteintes à sa santé psychique dont il avait été victime quelques années auparavant lui étaient connues et il pouvait reconnaître le caractère important de la question. Il l'a d'ailleurs bien comprise puisqu'il a indiqué qu'il avait souffert de calculs rénaux au début de l'année 2000. La demanderesse ne conteste en outre pas – comme relevé sous chiffre 2a) ci-dessus – puisqu'elle l'allègue, que son époux ait répondu à cette question de manière contraire à la réalité médicale. Par ailleurs, il n'est ni allégué, ni établi que, si B.J._____ avait répondu de manière exacte et complète aux questions 14 et 16.1, la défenderesse aurait néanmoins conclu le contrat aux mêmes conditions. Il n'est ainsi pas douteux que l'époux de la demanderesse a tu un fait important au sens de l'art. 4 aLCA.

La demanderesse soutient que son époux ne pouvait répondre correctement aux questionnaires en raison du déni de sa maladie psychique. Interrogé sur la question de savoir si B.J._____ se trouvait dans une telle situation de déni, l'expert a répondu que, dans le cadre d'une pathologie psychiatrique avérée, le déni peut relever d'une dimension psychotique (délirante), et donc relever d'un symptôme psychopathologique, qui implique l'abolition de la réalité partagée. Dans ce cas, le sujet est convaincu d'éléments de sa réalité propre et n'admet pas des éléments de la réalité partageable malgré une confrontation de la part de l'entourage à cette réalité-là. En dehors de ces situations où un trouble psychiatrique est avéré et où le déni représente un symptôme psychopathologique, certaines personnes peuvent avoir des difficultés à admettre certains faits douloureux de leur existence et les "dénier", mais il s'agit alors de phénomènes étrangers à la pathologie mentale. Ceci étant posé, l'expert a estimé qu'il n'était pas exclu, pour une personne telle que B.J._____, toujours très active et engagée publiquement, qu'il lui eût été extrêmement difficile d'accepter la présence de la maladie psychique. Néanmoins, l'expert a estimé que même si cette difficulté d'acceptation de la dépression aurait pu être présente chez lui, elle ne revêtait pas une dimension psychopathologique propre à entraver sa capacité de discernement. En effet, selon l'expert, B.J._____ n'a pas présenté de symptômes psychotiques, que ce soit durant les moments de dépression active ou en-dehors de ces épisodes. Au moment de répondre aux questionnaires, B.J._____ était donc dans une phase de rémission de son trouble psychique; sa capacité d'agir raisonnablement, en particulier de reconnaître ses antécédents psychiatriques, n'était pas altérée.

L'expertise et son complément permettent ainsi d'écarter clairement l'hypothèse de la demanderesse selon laquelle son époux aurait été dans l'incapacité de reconnaître et d'accepter sa maladie psychique et, ainsi, que son discernement aurait pu être altéré au point de ne pas se rendre compte qu'il répondait de manière inexacte aux questions 14 et 16.1. En omettant de répondre de manière complète aux questions claires et précises de l'assureur portant sur des faits qu'il devait reconnaître comme importants, l'époux de la demanderesse a violé son obligation découlant de l'art. 4 aLCA. Le cas de réticence est ainsi manifestement réalisé.

III. a) La demanderesse conteste que la défenderesse ait invoqué la réticence en temps utile. Elle fait valoir que Y._____ était au courant dès la fin du mois de décembre 2004, ou au début du mois de janvier 2005 au plus tard, de l'état dépressif dont avait souffert B.J._____. Selon la demanderesse, il faut imputer la connaissance qu'avait l'agent d'assurance de ce fait à la défenderesse, qui aurait dès lors tardivement invoqué la réticence le 25 février 2005.

La défenderesse soutient en revanche n'avoir été suffisamment informée pour être en mesure de motiver le cas de réticence qu'à réception des rapports médicaux du Dr F._____ et de la Dresse D._____ les 18 et 24 février 2005. Elle a dès lors immédiatement adressé un courrier à la demanderesse pour l'informer du refus de verser les prestations résultant des polices d'assurance de son défunt mari. Partant, elle considère avoir agi dans le délai légal de quatre semaines.

b) Conformément à l'art. 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, qui peut intervenir après la survenance du sinistre et qui ne commence à courir que lorsque l'assureur est complètement orienté sur tous les points touchant la réticence, et non pas dès ses premiers soupçons, même si ces derniers sont graves. 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 ne court qu'à partir d'une connaissance positive – ou objective – de la réticence, et non dès le moment où l'assureur aurait dû la connaître, car le législateur s'est référé à un point de départ strictement objectif (la connaissance), et non à un élément subjectif (obligation d'user de diligence). Le délai ne commence donc à courir que lorsque l'assureur reçoit des renseignements dignes de foi sur des faits dont il peut déduire avec certitude qu'une réticence a été commise (ATF 118 II 333 c. 3a précité, rés. in JT 1996 I 127). L'assureur agit en revanche 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 pour se prévaloir d'une réticence (ATF 118 II 333 c. 3 précité, rés. in JT 1996 I 127; ATF 116 V 218 c. 6; Carré, op. cit., pp. 148 ss.; Viret, op. cit., p. 102; Nef, op. cit., n. 22 ad art. 6 LCA).

c) En l'espèce, il est établi que la défenderesse a demandé le rapport médical en cas de décès de B.J._____. Elle l'a reçu le 7 février 2005. Deux jours plus tard, elle a requis des informations complémentaires du Dr F._____ et de la Dresse D._____ au sujet de l'état de santé de leur patient. Ces médecins ont dressé leur rapport médical respectif les 15 et 22 février 2005 à l'attention de la défenderesse. Le 25 février 2005, celle-ci informait par courrier la demanderesse qu'elle refusait de verser les capitaux d'assurance sur la vie, en invoquant une réticence.

Conformément à la jurisprudence citée ci-dessus, on doit se demander à quel moment la défenderesse a reçu les renseignements dignes de foi lui permettant de déduire l'existence d'une réticence. Le courrier de la demanderesse, daté du 7 janvier 2005 mais reçu le 25 janvier 2005, n'est à cet égard pas suffisant: seuls le décès par suicide de son époux et la demande de versement des capitaux d'assurance y sont mentionnés, sans aucun élément circonstanciel. Le rapport médical en cas de décès, reçu le 9 février 2005 par la défenderesse, mentionne que B.J._____ s'est suicidé par pendaison et qu'il a été hospitalisé du 24 novembre 2004 à la mi-décembre 2004 à l'hôpital de K._____ pour un état dépressif. Ce rapport ne fait en revanche pas état de l'hospitalisation du défunt en 1997 à la clinique T._____, ni de son arrêt de travail consécutif. La défenderesse ne détenait ainsi à ce stade pas encore d'éléments suffisants pouvant faire apparaître un cas de réticence: en effet, l'état dépressif et l'hospitalisation survenus à la fin de l'année 2004 étaient postérieurs à la signature des contrats d'assurance. En revanche, les rapports médicaux circonstanciés du Dr F._____ et la Dresse D._____, datés respectivement des 15 et 22 février 2005, ont donné à la défenderesse toutes les informations nécessaires pour que l'existence d'un cas de réticence lui apparaisse quasi certaine. En réagissant par courrier du 25 février 2005, la défenderesse a fait preuve de diligence et a respecté le délai légal de quatre semaines pour invoquer le cas de réticence dont elle se prévaut.

Le fait que Y. _____ ait su, à la fin du mois de décembre 2004 ou au début du mois de janvier 2005, que B.J. _____ souffrait de dépression ne modifie en rien cette appréciation. Il s'agissait en effet d'une information qui ne permettait aucunement de se prononcer sur la véracité des renseignements fournis au moment de la proposition d'assurance. Selon le chiffre 7.3 des CGA, si la personne assurée se donne la mort plus de trois ans après l'entrée en vigueur de l'assurance, la défenderesse accorde les prestations assurées dans leur totalité. Or, c'est bien ce fait-là qu'a appris Y. _____ peu de temps après le décès de B.J. _____: il a appris que celui-ci s'était suicidé en raison de son état dépressif. Rien ne permet en revanche de dire, comme on l'a vu, qu'il avait connaissance, même à la fin de l'année 2004 ou au début de l'année 2005, du fait que le défunt avait connu une hospitalisation et un arrêt de travail en 1997 déjà. Ainsi, même si – contrairement à ce que retient la cour de céans (cf. en outre cons. IV ci-dessous) – l'on devait imputer la connaissance de ce fait à la défenderesse, cela ne changerait rien: ces éléments ne sont pas suffisants pour établir que la défenderesse aurait eu connaissance dès ce moment-là d'un cas de réticence. Bien au contraire, l'art. 7.3 CGA l'encourageait à payer les prestations d'assurance dues, le suicide de B.J. _____ étant intervenu plus de trois ans après l'entrée en vigueur des polices d'assurances litigieuses. Autre est en revanche la question de savoir si l'assuré avait subi un arrêt de travail ou avait souffert d'une pathologie avant la signature des propositions d'assurance qu'il a omis de déclarer dans les questionnaires d'assurance. Or, il n'est pas établi que l'assureur aurait disposé de renseignements pertinents à cet égard avant la réception des rapports médicaux du Dr F. _____ et de la Dresse D. _____ des 15 et 22 février 2005.

Il découle de ce qui précède que la résiliation fondée sur la réticence n'était en conséquence pas tardive au regard de l'art. 6 aLCA.

IV.a) La demanderesse soutient en substance que la défenderesse ne pouvait pas se départir des contrats en raison des faits connus par Y. _____, faits qui lui sont dès lors opposables.

La défenderesse fait valoir en revanche que Y. _____ aurait agi en qualité d'agent négociateur, et non agent stipulateur, de sorte que les faits qui lui étaient par hypothèse connus ne sauraient être imputés à l'assurance.

b) Selon l'art. 8 LCA, malgré la réticence, l'assureur ne pourra pas se départir du contrat notamment s'il l'a provoquée (ch. 2), s'il connaissait ou devait connaître le fait qui n'a pas été déclaré (ch. 3) ou s'il connaissait ou devait connaître exactement le fait qui a été inexactement déclaré (ch. 4). La demanderesse n'invoque manifestement pas l'application du chiffre 2, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'examiner cette hypothèse.

Pour ce qui est des chiffres 3 et 4, lorsque le fait non déclaré ou inexactement déclaré est connu de l'agent, il faut déterminer les pouvoirs et attributions de celui-ci pour juger si cette circonstance est de nature

à empêcher l'invocation de la réticence par la compagnie d'assurances. Tout dépend de savoir si l'agent a ou non le pouvoir de conclure lui-même le contrat (agent stipulateur, en allemand *Ababschlussagent*, par opposition à un agent courtier, ou à un agent négociateur, ou encore à un agent acquisateur, appelé en allemand *Vermittlungsagent*), dans ses rapports internes avec la compagnie, sans égard à ses qualifications ou à son mode de rémunération, et nonobstant la teneur de l'article 34 LCA (ATF 51 II 452 c. 2b, JT 1925 I 591; Carré, op. cit., p. 157).

L'agent stipulateur jouit de compétences plus larges que l'agent négociateur. On lui reconnaît en effet communément le pouvoir d'accepter ou de refuser une proposition d'assurance (art. 1 LCA), de modifier, de prolonger, de suspendre et de remettre en vigueur des contrats d'assurance en cours ou qui l'ont été (art. 2 LCA). De ce fait, l'assureur est obligé par l'agent stipulateur. En revanche, l'agent négociateur n'a qualité ni pour conclure, ni pour modifier les contrats, mais il est compétent pour recevoir une proposition d'assurance ou d'autres communications et pour expliquer des questions ou des clauses de l'assureur et préciser le devoir de renseigner du preneur d'assurance (Kuhn/Montavon, Droit des assurances privées, pp. 105 ss; Viret, op. cit., pp. 192 ss.; Nef, op. cit., nn. 13 et 15 ad art. 8 LCA).

c) En l'espèce, comme relevé, il n'est pas établi que Y. _____ a disposé de renseignements sur l'état de santé autres que ceux fournis dans les questionnaires d'assurance, à savoir que B.J. _____ avait souffert exclusivement de calculs rénaux et n'avait subi aucun arrêt de travail de plus de quatre semaines dans les cinq années précédant la signature des questionnaires. Comme indiqué lors de l'appréciation des témoignages (cf. chiffre 3.b) ci-dessus), la demanderesse n'a pas apporté la preuve que l'assureur a eu connaissance des faits inexactement déclarés, à supposer que les faits connus de Y. _____ soit opposables à la défenderesse. Le fait que le conseiller en assurances ait appris la dépression de l'assuré après son décès est évidemment insuffisant à cet égard, cette connaissance ne portant que sur l'existence d'un trouble psychique peu de temps avant le décès et non d'un état dépressif ayant nécessité une hospitalisation, un arrêt de travail et une médication en 1997.

d) Dans l'arrêt paru aux ATF 133 V 408, le Tribunal fédéral a certes jugé qu'exceptionnellement, une institution de prévoyance devait se voir imputer ce que savait l'agent négociateur lors de la conclusion du contrat de prévoyance. Il n'est pas exclu que cela puisse avoir – un jour – un effet sur la jurisprudence en matière de réticence.

En l'espèce, il n'est toutefois pas nécessaire d'examiner si cette jurisprudence exige de relativiser ou non la distinction faite entre agents stipulateurs et négociateurs en matière d'imputation à l'assureur de faits connus de ceux-ci car, comme on l'a vu, la demanderesse n'a pas apporté la preuve que l'assureur a eu connaissance du fait inexactement déclaré par B.J. _____.

Au vu des éléments qui précèdent, les conclusions prises par la demanderesse doivent être rejetées.

V. Selon l'art. 92 al. 1 CPC-VD, des dépens sont alloués à la partie qui obtient gain de cause. Ceux-ci comprennent principalement les frais de justice payés par la partie, les honoraires et les débours de son avocat (art. 91 let. a et c CPC-VD). Les frais de justice englobent l'émolument de justice, ainsi que les frais de mesures probatoires (art. 90 al. 1 CPC-VD; art. 2 aTFJC [tarif du 4 décembre 1984 des frais judiciaires en matière civile], applicable par renvoi de l'art. 99 al. 1 TFJC [tarif du 28 septembre 2010 des frais judiciaires civils; RSV 270.11.5]). Les honoraires et les débours d'avocat sont fixés selon le tarif du 17 juin 1986 des honoraires d'avocat dus à titre de dépens (applicable par renvoi de l'art. 26 al. 2 TDC [tarif du 23 novembre 2010 des dépens en matière civile; RSV 270.11.6]). Les débours ont trait au paiement d'une somme d'argent précise pour une opération déterminée. A l'issue d'un 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 (Poudret/Haldy/Tappy, op. cit., n. 3 ad art. 92 CPC-VD).

Les prétentions de la demanderesse doivent être entièrement rejetées. Ainsi, 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 14'950 fr., savoir :

- a) 12'000 fr. à titre de participation aux honoraires de son conseil;
- b) 600 fr. pour les débours de celui-ci;
- c) 2'350 fr. en remboursement de son coupon de justice.

Par ces motifs,
la Cour civile,
statuant à huis clos
en application de l'art. 318a CPC,
p r o n o n c e :

- I. Les conclusions prises par la demanderesse A.J._____ contre la défenderesse X._____ (anciennement [...]), selon demande déposée le 6 avril 2006, sont rejetées.
- II. Les frais de justice sont arrêtés à 10'902 fr. 90 (dix mille neuf cent deux francs et nonante centimes) pour la demanderesse et à 2'350 francs (deux mille trois cent cinquante francs) pour la défenderesse.
- III. La demanderesse versera à la défenderesse le montant de 14'950 francs (quatorze mille neuf cent cinquante francs) à titre de dépens.

Le président : Le greffier :

P. Muller

G. Intignano

Du

Le jugement qui précède, dont le dispositif a été communiqué aux parties le 5 avril 2011, lu et approuvé à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, aux conseils des parties.

Un appel au sens des art. 308 ss CPC peut être formé dans un délai de 30 jours dès la notification de la présente décision en déposant au greffe du Tribunal cantonal un mémoire écrit et motivé. La décision objet de l'appel doit être jointe.

Le greffier :

G. Intignano