

# Mémoire de réponse

Adressé à la I<sup>ère</sup> Cour de droit civil du Tribunal fédéral

Par

**La Cantonale Assurances SA**

Représentée par l'équipe n° 3563 du Swiss Moot Court

Contre

**Monsieur Jean-Michel Perrin**

Représenté par Me. X

Concernant

**Le jugement du 2 octobre 2017**

**de la Cour d'appel du Tribunal cantonal de la République et Canton de Vaud**

**Team 3563**

(Langue maternelle : français)

## **RECOMMANDÉ**

Tribunal fédéral  
1<sup>ère</sup> Cour de droit civil  
Av. du Tribunal-Fédéral 29  
Case postale 1000, LAUSANNE 14

(lieu), le 4 novembre 2017

Madame la Présidente,

Mesdames les Juges fédérales,

Au nom et par mandat de La Cantonale Assurances SA (ci-après : l'intimée), nous avons l'honneur de vous adresser le présent **mémoire de réponse en matière civile** à l'encontre du jugement de la Cour d'appel du Tribunal cantonal vaudois du 2 octobre 2017 en la cause opposant Monsieur Jean-Michel Perrin (ci-après : le recourant), représenté par Me. X., à La Cantonale Assurances SA.

### **I. RECEVABILITÉ**

L'intimée ne conteste pas la recevabilité du recours en ce sens qu'il en remplit toutes les conditions légales.

Le présent mémoire de réponse, ayant été remis dans le délai fixé par le tribunal, respecte les exigences légales prescrites au sens de l'art. 42 LTF. Au surplus, à l'annexe, une procuration signée par les mandataires atteste que l'exigence de l'art. 40 al.2 LTF est réalisée.

Au vu ce qui précède, l'intimée laisse au Tribunal fédéral l'appréciation de la recevabilité du recours.

### **II. EN FAIT**

Conformément à l'art. 105 al.1 LTF, le Tribunal fédéral statue sur la base des faits établis par l'autorité précédente. À toute fin utile, trouvez ci-dessous un bref rappel des faits établis par le jugement du 2 octobre 2017 de la Cour d'appel du Tribunal cantonal vaudois.

La Cantonale Assurances SA, (ci-après : l'intimée) a conclu avec Monsieur Jean-Michel Perrin (ci-après : le recourant), né le 20 octobre 1965, une police d'assurance-vie mixte (type 3B) prévoyant, notamment, en cas d'incapacité de gain intervenant avant le 20 octobre 2025, le versement d'une rente annuelle de CHF 60'000.- après un délai d'attente de trois mois, ainsi que la libération des

primes après un délai d'attente de 60 jours. Dans le cadre de cette police, le recourant a dû répondre à un questionnaire de santé soumis par l'intimée. La prime du recourant se chiffrait à CHF 4'600.- par année, payable trimestriellement.

Le 15 juillet 2015, le recourant a fait une annonce de sinistre à l'intimée, dans laquelle il déclare être en incapacité de travail à 100 % depuis le 1<sup>er</sup> mars 2013, en raison de violentes douleurs ostéo-articulaires et de violentes céphalées. Le 2 juin 2013, un diagnostic formel a été posé par le Professeur Boisvert, chirurgien orthopédiste au CHUV à Lausanne ; le recourant est atteint d'une forme précoce de la maladie de Paget (CIM-10 M88).

Suite à cette annonce de sinistre, l'intimée a complété le dossier du recourant, par le rapport médical faisant état du diagnostic formellement posé par le Professeur Boisvert et le dossier de l'AI du recourant, documents reçus respectivement le 28 juillet et le 1<sup>er</sup> septembre 2015. Sur la base de ces nouveaux éléments, l'intimée a conclu à une résiliation avec effet immédiat de la police d'assurance-vie du recourant et a refusé de verser des prestations pour le présent sinistre. Ladite résiliation a été envoyée au recourant le 27 septembre 2015. L'intimée a soutenu l'argument que dans le questionnaire de santé de janvier 2007, le recourant a omis de mentionner être atteint dans sa santé et suivre un traitement auprès de son médecin de famille. Plus particulièrement, il a omis de signaler trois consultations chez son médecin de famille, entre juillet 2005 et novembre 2006, en raison de douleurs ostéo-articulaires et de céphalées.

Une audience de conciliation a été tenue en novembre 2015, sans pour autant parvenir à une solution. En décembre 2015, le recourant a saisi la Chambre patrimoniale du canton de Vaud, qui a admis la demande de ce dernier en lui accordant toutes les prestations prévues par sa police d'assurance. En octobre 2017, la Cour d'appel du Tribunal cantonal vaudois a admis l'appel formé par l'intimée, et réformé le jugement de la Chambre patrimoniale, en rejetant toutes les demandes formulées par le recourant. Il ressort du jugement cantonal que le reproche fait au recourant de ne pas avoir informé sur les trois consultations médicales était fondé.

### **III. EN DROIT**

#### **1. Résiliation de la police d'assurance**

Le recourant a omis de mentionner, lors de la conclusion de la police d'assurance, être atteint dans sa santé et en traitement auprès de son médecin de famille. Il a particulièrement omis de mentionner trois consultations médicales antérieures à la conclusion de cette police en raison de douleurs ostéo-articulaires. Comme l'a justement retenu la Cour d'appel du Tribunal cantonal vaudois (ci-après : Cour d'appel), ces faits doivent être considérés comme importants au sens des art. 4 et 6 LCA et la résiliation de la police d'assurance doit ainsi être confirmée.

## **1.1. Validité matérielle de la résiliation**

Selon l'art. 6 al.1 LCA, « 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. ». La notion de réticence se réfère aux déclarations obligatoires prévues à l'art. 4 al.1 LCA selon lequel « 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. » (ATF 136 III 334 c. 2.3).

### **1.1.1. Omission de déclarer ou déclaration inexacte**

Pour qu'il y ait réticence, il faut d'un point de vue objectif que la réponse donnée à une question ne soit pas conforme à la vérité, par omission ou inexactitude ; la réticence 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 c. 2.3). La réticence réside dans la divergence entre la vérité et ce qui a été déclaré (ATF 136 III 334 c. 2.3).

D'un point de vue subjectif, la réticence suppose que le proposant connaissait ou aurait dû connaître la vérité (art. 4 al.1 et 6 al.1 LCA). 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 à la question posée (ATF 136 III 334 c. 2.3 ; 134 III 511 c. 3.3.3).

En l'espèce, le recourant a omis de mentionner qu'il avait consulté son médecin de famille à trois reprises entre juillet 2005 et novembre 2006 en raison de douleurs ostéo-articulaires. Il aurait dû mentionner ces consultations qu'il connaissait effectivement sans autre réflexion puisque moins de 60 jours séparent la dernière consultation de la conclusion de la police d'assurance. En raison de la fréquence des consultations médicales pour les mêmes douleurs, il devait de bonne foi s'en rappeler lorsqu'il a rempli le questionnaire de santé.

Par conséquent, le recourant a omis de déclarer les consultations médicales antérieures qu'il connaissait de bonne foi et a ainsi donné une réponse non conforme à la vérité.

### **1.1.2. Fait important**

Pour qu'une réticence au sens de l'art. 6 al.1 LCA soit retenue, encore faut-il que le ou les faits omis ou inexactement déclarés soient importants. Cette exigence est essentielle, puisqu'elle figure par deux fois dans le texte légal. D'une part, l'art. 4 al.1 LCA prévoit que le proposant a l'obligation de déclarer tous les faits importants pour l'appréciation du risque qu'il connaît ou devrait connaître. D'autre part, l'art. 6 LCA prévoit qu'il y a réticence si le proposant a omis de déclarer ou inexactement déclaré un fait important au sens de l'art. 4 LCA (ATF 136 III 334 c. 2.4).

L'art. 4 al.3 LCA présume qu'un fait est important lorsqu'il a fait l'objet d'une question écrite, précise et non équivoque de la part de l'assurance. Il n'en demeure pas moins que la présomption est renversée s'il apparaît que le proposant a omis un fait qui, considéré objectivement, apparaît totalement insignifiant (TF, 4A\_25/2017 c. 2.1). Ainsi, celui qui tait des indispositions sporadiques qu'il pouvait raisonnablement et de bonne foi considérer comme sans importance et passagères, sans devoir les tenir pour une cause de rechutes ou des symptômes d'une maladie imminente aiguë, ne viole pas son devoir de renseigner (ATF 136 III 334 c. 2.4 ; 116 II 338 c. 1a). En outre, il n'y a pas de réticence si la question posée était ambiguë, de telle sorte que la réponse donnée apparaît véridique selon la manière dont la question pouvait être comprise de bonne foi par le proposant (ATF 136 III 334 c. 2.3).

En l'espèce, les questions étaient claires et pouvaient être comprises sans autre difficulté par le recourant, présumant ainsi le caractère important que l'intimée attachait à la connaissance de ces faits. Par ailleurs, les douleurs ostéo-articulaires ressenties par celui-ci ne constituent pas des indispositions sporadiques. Premièrement, le caractère récurrent ressort du fait qu'il a consulté son médecin à trois reprises, à savoir le 15 juillet 2005, le 2 février 2006 et le 13 novembre 2006. Secondement, le caractère objectivement important ressort du fait qu'il a suivi un traitement visant à guérir ces douleurs ostéo-articulaires.

Par ailleurs, selon l'art. 4 al.2 LCA, « 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 ». On vise ainsi tous les éléments qui doivent être pris en considération lors de l'appréciation du risque et qui peuvent éclairer l'assureur sur l'étendue du risque à couvrir. Il s'agit non seulement des facteurs de risque mais également des circonstances qui permettent de déduire à l'existence d'un facteur de risque (ATF 136 III 334 c. 2.4 ; 118 III 333 c. 2a ; 116 II 338 c. 1a). En prenant en considération toutes les circonstances du cas d'espèce et en se livrant à une appréciation objective fondée sur le principe de la bonne foi conformément à l'art. 2 al.1 CC, il faut se demander si l'assureur, dans l'hypothèse où les faits lui auraient été déclarés, n'aurait pas conclu le contrat ou ne l'aurait pas conclu aux mêmes conditions ; il faut donc déterminer la volonté hypothétique de l'assureur (ATF 136 III 334 c. 2.4).

Nombreux sont les cas dans lesquels la Haute Cour a admis l'existence d'une réticence. Commet notamment une réticence l'assuré qui répond négativement à la question de savoir s'il souffre d'une maladie alors qu'il endure des douleurs dorsales récurrentes (TF, 9C\_790/2007 c. 3 et 4) ou un assuré qui déclare à l'assureur, qu'il ne souffrait pas de maladie, de troubles ou d'affections de l'appareil locomoteur (os, articulation, colonne vertébrale, disques intervertébraux, muscles, ligaments, tendons), tels que : douleurs dorsales, cervicales, des épaules, arthrose, rhumatisme alors qu'il ressentait des douleurs dans la région fessière et les jambes depuis quatre ans (TF, B 56/05 c. 3.1.2.2).

En l'espèce, les faits que le recourant a omis de déclarer, à savoir les consultations médicales en raison de douleurs ostéo-articulaires, doivent être considérés comme des faits importants. Dans l'hypothèse où ces faits auraient été déclarés à l'intimée, celle-ci n'aurait certainement pas apprécié le risque de la même manière et n'aurait pas conclu la police d'assurance ou ne l'aurait pas conclue aux mêmes conditions. En effet, la police litigieuse porte sur le versement de prestations en lien étroit avec l'état de santé du recourant. Il s'agit, plus précisément, d'une police d'assurance-vie mixte octroyant des prestations en cas de vie, de décès et d'incapacité de gain. En omettant de déclarer qu'il consultait régulièrement son médecin de famille pour y suivre un traitement en raison de douleurs ostéo-articulaires, le recourant cache sciemment son véritable état de santé à l'intimée. De plus, cette dernière aurait entrepris des démarches approfondies dans le but d'avoir une meilleure connaissance de l'état de santé du recourant. Cela aurait permis, le cas échéant, d'adapter la prime d'assurance de celui-ci par rapport au risque existant. Le recourant a donc influé sur la détermination de l'intimée à conclure la police d'assurance ou de la conclure aux conditions convenues.

Eu égard à tout ce qui précède, la Cour d'appel a admis, à juste titre, que le recourant a violé son obligation de renseigner sur un fait important au sens de l'art. 4 LCA et qu'il a commis une réticence au sens de l'art. 6 al.1 LCA.

## **1.2. Validité formelle de la résiliation**

Pour être valable, la résiliation de la police d'assurance doit être motivée et notifiée par écrit dans un délai de quatre semaines dès la connaissance de la réticence. L'intimée soutient que la déclaration de résiliation notifiée par écrit au recourant respecte les exigences légales de l'art. 6 al.1 LCA et doit, par conséquent, être considérée comme valable.

### **1.2.1. Motivation de la résiliation**

Pour être valable, une déclaration de résiliation doit décrire de manière circonstanciée le fait important non déclaré ou inexactement déclaré ; elle doit en principe mentionner la ou les questions qui ont fait l'objet d'une réponse inexacte (ATF 129 III 713 c. 2.1, JdT 2003 I 619 ; TF, 4A\_370/2012 c. 2.1).

Cependant, dans l'arrêt TF, 5C.134/2006 du 21 novembre 2006, le Tribunal fédéral a assoupli cette exigence de la référence à la question faisant l'objet de fausses déclarations en considérant que cela pouvait relever du formalisme excessif. L'assureur avait, en effet, décrit de manière exhaustive les traitements tus en les indiquant un par un, année après année (c. 2.1).

La bonne foi de l'assuré joue un rôle dans l'application stricte de l'ATF 129 III 713. S'il apparaît que l'assuré était conscient de la fausseté ou de l'inexactitude de ses réponses au moment de remplir le questionnaire de santé et qu'il peut identifier de bonne foi la ou les questions auxquelles il n'a pas répondu correctement au vu de la déclaration de réticence, la jurisprudence considère que ce serait

faire preuve de formalisme excessif que de reprocher à l'assureur de n'avoir pas expressément mentionné la ou les questions auxquelles des réponses incorrectes ont été données (LEHMANN ALEXANDRE, *Les réserves pour raisons de santé et les conséquences d'une fausse déclaration de santé en droit des assurances*, in : REAS 2017 pp. 149 ss, p. 157).

En l'espèce, l'intimée a déclaré résilier la police d'assurance en invoquant ce qui suit : « Dans le questionnaire de santé que nous vous avons soumis et que vous avez signé en date du 8 janvier 2007, vous avez omis de mentionner que vous étiez atteint dans votre santé et que vous étiez en traitement auprès de votre médecin de famille. Vous avez particulièrement omis de mentionner avoir consulté votre médecin à trois reprises entre juillet 2005 et novembre 2006 en raison de douleurs ostéo-articulaires. ».

L'intimée n'a certes pas explicitement mentionné quelles questions du questionnaire faisaient l'objet de la réticence, mais la description des faits omis contenue dans la déclaration de résiliation permettait au recourant de savoir à quelle ou quelles questions l'intimée faisait référence. En effet, dans la question n° 6 du questionnaire, il était demandé si le recourant souffrait ou avait souffert d'une éventuelle maladie, d'éventuels troubles ou affections de l'appareil locomoteur (os, articulations, etc.). Premièrement, le recourant était en mesure de comprendre que les mots utilisés dans la déclaration de résiliation (« atteinte à la santé » et « douleurs ostéo-articulaires ») se rapportaient précisément à la question n° 6 ; dans l'hypothèse où le terme « appareil locomoteur » ne serait pas suffisamment compréhensible pour le recourant, les exemples entre parenthèses permettaient de faciliter la compréhension de la question. Secondement, le recourant est totalement conscient de souffrir de troubles ou d'affections des os et des articulations.

De plus, la question n° 8 a la teneur suivante : « Êtes-vous ou avez-vous été au cours des cinq dernières années sous traitement ou contrôle médical pour d'autres maladies, accident, troubles ou douleurs qui n'ont pas encore été évoqués plus haut ? » Le recourant était également en mesure de comprendre que les mots utilisés dans la déclaration de résiliation par l'intimée (consultations médicales en raison de douleurs ostéo-articulaires) se rapportaient à la question n° 8 du questionnaire de santé.

Par conséquent, reprocher à l'intimée de n'avoir pas mentionné les questions ayant fait l'objet d'une réticence, alors qu'elle a pris la peine d'établir de manière circonstanciée le fait important non déclaré dans sa déclaration de résiliation, relèverait du formalisme excessif. La résiliation est donc fondée. Eu à égard à tout ce qui précède le résultat auquel la Cour d'appel est arrivée, à savoir de retenir une motivation de la résiliation conforme à l'art. 6 al.1 LCA doit être confirmé.

### **1.2.2. Respect du délai**

En vertu de l'art. 6 al.2 LCA, le droit de résiliation s'éteint quatre semaines après que l'assureur a eu connaissance de la réticence.

Le délai de quatre semaines ne commence à courir que lorsque l'assureur est complètement orienté sur tous les points concernant la réticence et qu'il en a une connaissance complète, de simples doutes à cet égard étant insuffisants (ATF 118 II 333 c. 3a ; TF, 9C\_768/2016 c. 5.2 ; TF, 4A\_150/2015 c.6.4). Autrement dit, le délai court à partir du moment où l'assureur a eu une connaissance effective, certaine et complète de la réticence et non pas à partir du moment où il aurait pu en avoir connaissance (TF, 4A\_370/2012 c. 2.1 ; TF, 4A\_54/2011 c. 2.4). Il s'agit d'un délai de péremption ; passé celui-ci, le droit de se départir du contrat s'éteint (ATF 118 II 333 c. 3 ; 116 V 218 c. 6a).

En l'espèce, le dossier constitué par l'office AI est parvenu à l'intimée le 1<sup>er</sup> septembre 2015. Ce dossier décrit de façon circonstanciée les trois consultations du recourant entre 2005 et 2006. Ainsi, cela a permis à l'intimée de déduire avec certitude qu'une réticence a été commise. Partant, le délai de quatre semaines pour résilier le contrat a commencé à courir le 1<sup>er</sup> septembre 2015.

Le calcul du délai de quatre semaines de l'art. 6 al.2 LCA se fait conformément à l'art. 77 al.1 ch.2 de la Loi du 30 mars 1911, complétant le Code civil suisse (CO ; RS 220), aux termes duquel si le délai est fixé par semaines, la dette est échue le jour qui, dans la dernière semaine, correspond par son nom au jour de la conclusion du contrat (ATF 129 III 713 c. 2.1). Le délai de quatre semaines est donc échu le jour qui, dans la dernière semaine, correspond par son nom au jour de la connaissance effective de la réticence.

La LCA n'indique pas si la déclaration de résiliation de l'assureur doit parvenir à son destinataire ou s'il suffit qu'elle soit expédiée avant la fin dudit délai. Selon le Tribunal fédéral et la doctrine majoritaire, la déclaration par laquelle l'assureur manifeste sa volonté de ne pas être lié par le contrat doit parvenir à l'assuré avant l'expiration du délai de quatre semaines ; le seul envoi ne suffit pas (TF 9C\_18/2016 c. 5.4.1 ; FUHRER STEPHAN, *Schweizerisches Privatversicherungsrecht*, Zurich / Bâle / Genève 2011, n° 6. 149 ; NEF CH. URS / VON ZEDTWITZ CLEMENS, in : *Basler Kommentar, VVG-Nachführungsband*, Bâle 2012, art. 6 LCA ad n°16 [BK - VVG - NEF / VON ZEDTWITZ]; VIRET BERNARD, *Droit des assurances privées*, Berne 1991, p. 105). Cette opinion se fonde sur l'art. 100 al.1 LCA qui, pour ce que cette loi ne règle pas, renvoie au droit des obligations, en vertu duquel les manifestations de volonté sont en principe soumises à réception (art. 3 al.2, 5 et 9 al.1 CO ; TF, 5C.263/2000 c. 4a ; MORIN ARIANE in : *Commentaire romand*, CO I, Bâle 2012, art. 1 CO n° 13 [CoRo - CO I - MORIN] ; TERCIER PIERRE / PICHONNAZ PASCAL, *Le droit des obligations*, 5<sup>ème</sup> éd., Genève / Zurich / Bâle 2012, p. 48). Selon le système de la réception, une manifestation de volonté écrite déploie ses effets lorsqu'elle est parvenue dans la sphère d'influence du destinataire, de telle sorte qu'en organisant normalement ses affaires celui-ci est à même d'en prendre connaissance, même si effectivement tel n'a pas été le cas (ATF 137 III 208 c. 3.1.2. ; 107 II 189 c. 2 ; CoRo - CO I - MORIN, art. 1 CO, n° 15). En ce qui concerne un courrier recommandé, si l'agent postal n'a pas pu le remettre effectivement au destinataire et qu'il laisse un avis de retrait, le courrier est considéré comme reçu dès que le destinataire est en mesure d'en prendre connaissance à l'office postal ; il s'agit du jour



même où l'avis de retrait est déposé dans la boîte aux lettres si l'on peut attendre du destinataire qu'il le retire aussitôt, sinon en règle générale le lendemain de ce jour (ATF 137 III 208 c. 3.1.2 ; 107 II 189 c. 2 ; CoRo - CO I - MORIN, art. 1 CO, n° 17).

Un auteur défend l'opinion selon laquelle il suffit que la déclaration soit expédiée dans le délai de quatre semaines pour qu'il soit respecté (POUGET-HÄNSELER EVA, *Anzeigepflichtverletzung : Auswirkungen der Revision auf die Praxis*, in : REAS 2006, pp. 28 s.).

En l'espèce, le délai est échu le 29 septembre 2015, soit quatre semaines après que l'intimée ait une connaissance effective du cas de réticence. Celle-ci a envoyé au recourant un courrier recommandé en date du 27 septembre 2015 et ledit courrier a été « réceptionné » le 30 septembre 2015. Que l'on applique la théorie de l'expédition ou la théorie de la réception, le délai est respecté. En effet, dans le premier cas, le courrier est expédié le 27 septembre 2015, soit avant l'échéance du 30 septembre 2015. Dans le deuxième cas, l'avis de retrait est parvenu dans la sphère de puissance du recourant au plus tard le 28 septembre 2015 et ce dernier pouvait retirer le courrier recommandé aussitôt auprès d'un office postal. Même si le recourant était empêché pour une raison quelconque de le retirer le 28 septembre 2015, il pouvait et devait le retirer au plus tard le lendemain, soit le 29 septembre 2015.

Par conséquent, la Cour d'appel a estimé avec raison que le délai de résiliation prévu par l'art. 6 al.2 LCA était respecté, la notification de la résiliation étant intervenue avant l'échéance du délai de quatre semaines.

## **2. Obligation d'exécuter la prestation**

L'art. 6 al.3 LCA, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006, suppose que « si le contrat prend fin par résiliation en vertu de l'al.1, 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. (...) ». En d'autres termes, l'assureur est libéré d'exécuter sa prestation pour le sinistre survenu s'il existe un lien de causalité entre le fait omis ou inexactly déclaré et la survenance ou l'étendue du sinistre.

### **2.1. Lien de causalité**

L'assuré doit renseigner l'assureur sur tous les éléments qui permettent, directement ou indirectement, de mesurer le risque susceptible de se réaliser ; il ne s'agit donc pas seulement des facteurs pouvant être la cause directe du sinistre mais aussi des circonstances qui permettent de conclure à l'existence de facteurs de risque (cf. art. 4 LCA ; ATF 116 II 338 c. 1a).

Selon une partie de la doctrine, le lien de causalité doit être compris de manière large. Cette interprétation permet de prendre en compte les faits ayant causé la survenance du sinistre ou influer sur son étendue, mais également les indices permettant de déduire à l'existence de facteurs de risques (BRULHART VINCENT, *Droit des assurances privées*, Berne 2008, n° 500. ; FUHRER STEPHAN, *op*

*cit.*, n° 6.162). Par conséquent, il suffit soit de prouver que le fait objet de la réticence est en lien direct avec la survenance du sinistre, soit qu'il constitue un indice permettant de conclure à la découverte du fait directement en rapport avec la survenance du sinistre.

Le Tribunal fédéral semble également retenir une notion large du lien de causalité prévu par l'art. 6 al.3 LCA (TF, 9C\_18/2016 c. 6.2.2 ; TF, 4A\_150/2015 c. 7.4 ; TF, 4A\_303/2010 c. 2.4). Il considère en effet qu'il faut non seulement prendre en compte les facteurs qui sont la cause directe du sinistre mais également les indices qui permettent de déduire à l'existence d'un facteur de risque (TF, 4A\_150/2015 c. 7.5). Ces indices sont couramment appelés « circonstances indicatives » (TF, 4A\_150/2015 c. 7.2). Toutefois, si l'on retient une notion large du lien de causalité, il faut tout de même que le fait important passé sous silence se rapporte au risque qui s'est effectivement réalisé (TF, 4A\_150/2015 c. 7.4 ; TF, 4A\_303/2010 c. 2.4).

En l'espèce, le recourant a omis de mentionner, lors de la conclusion de la police d'assurance en date du 8 janvier 2007, avoir consulté à trois reprises son médecin de famille entre juillet 2005 et novembre 2006 en raison de douleurs ostéo-articulaires et de céphalées. Le 2 juin 2013, le recourant a été diagnostiqué atteint de la maladie de Paget. Les douleurs ostéo-articulaires du recourant sont, selon le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, en lien direct avec la maladie de Paget qui est la cause de l'incapacité de gain.

En effet, il ressort, en premier lieu, du rapport du Professeur Boisvert décrivant de manière circonstanciée la maladie de Paget qu'elle est vraisemblablement génétique. Le recourant serait donc prédisposé à développer cette maladie. Cette dernière est chronique et évolue lentement, ce qui ressort par ailleurs du fait que le recourant est allé à trois reprises consulter son médecin pour les mêmes plaintes. De plus, ledit Professeur estime que les douleurs sont vraisemblablement annonciatrices de la maladie de Paget. Finalement, les symptômes les plus fréquents de la maladie sont notamment les douleurs ostéo-articulaires et les céphalées, symptômes que ressentait déjà le recourant à l'époque de la conclusion de la police d'assurance. Au vu de ces arguments, on ne peut pas nier un lien évident entre lesdites douleurs et l'incapacité de gain découlant de la maladie de Paget.

Par ailleurs, dans un arrêt récent, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de se prononcer à l'égard d'un assuré décédé suite à un accident vasculaire cérébral. Celui-ci avait inexactement déclaré son poids lors de la conclusion du contrat d'assurance, poids qui, dans l'hypothèse où il aurait été déclaré conformément à la vérité, aurait permis à l'assurance de déduire à l'existence d'une grave obésité. Il a estimé qu'une grave obésité constitue, selon le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un facteur de risque de développer des maladies cardiovasculaires et qu'un lien de causalité devait être admis (TF, 9C\_18/2016 c. 6.1 et 6.2). Ces arguments sont applicables au cas d'espèce, dans la mesure où les consultations non déclarées du recourant auraient permis à l'intimée de déduire

à l'existence d'une grave atteinte ostéo-articulaire. En effet, vu la fréquence des consultations, l'intimée aurait pu vraisemblablement évaluer le risque autrement, à tout le moins déduire que ces atteintes n'étaient pas bénignes, et partant, prendre des mesures pour vérifier l'état de santé du recourant. Le fait important pour apprécier le risque qui n'a pas été déclaré, à savoir les consultations médicales, se rapporte au risque qui s'est effectivement réalisé dans le cas d'espèce, à savoir l'incapacité de gain causée par une maladie.

Par conséquent, la Cour d'appel n'a pas violé l'art. 6 al.3 LCA en retenant l'existence d'un lien de causalité entre les consultations du recourant et son incapacité de gain.

### **3. Prestation d'assurance**

Si par extraordinaire la Haute Cour venait à rejeter l'existence de lien de causalité entre le fait objet de la réticence et la survenance ou l'étendue du sinistre, le recourant n'a pas le droit à la rente entière prévue par la police d'assurance. En outre, certaines prestations d'assurance s'avèrent prescrites.

#### **3.1. Réduction de l'indemnité**

L'intimée soutient premièrement qu'elle est en droit de réduire son indemnité au sens de l'art. 38 al.1 et 2 LCA.

Selon l'art. 38 LCA, « en cas de sinistre, l'ayant droit doit, aussitôt qu'il a eu connaissance du sinistre et du droit qui découle en sa faveur de l'assurance, en donner avis à l'assureur » (art. 38 al.1 LCA). « Si par sa faute, l'ayant droit contrevient à cette obligation, l'assureur a le droit de réduire l'indemnité à la somme qu'elle comporterait si la déclaration avait été faite à temps » (art. 38 al.2 LCA).

L'obligation d'annonce au sens de l'art. 38 LCA est une incombance qui a trait à l'obligation de sauvetage découlant de l'art. 61 LCA, en vertu de laquelle l'ayant droit est obligé de faire tout ce qui est possible pour restreindre le dommage. L'obligation d'annonce naît au moment de la réalisation du cas d'assurance, c'est-à-dire, dès que le danger redouté se réalise à l'égard de l'objet assuré (TF, 4A\_562/2016 c. 3.1 ; TF, 5C.55/2005 c. 2.2).

La doctrine estime qu'il est nécessaire que l'assuré apprenne de façon certaine l'existence de son sinistre ; des craintes ou des doutes à ce sujet ne suffisent pas. De plus, il ne suffit pas pour l'ayant droit d'être au courant de la survenance du sinistre, il faut encore qu'il ait connaissance de son droit à une prestation d'assurance (BRULHART VINCENT, *op. cit.*, n<sup>os</sup> 582 s. ; VIRET BERNARD, *Droit des assurances privées*, Berne 1991, p. 122). Cependant, cette dernière exigence ne pose pas de problème lorsque le preneur est également ayant droit. Dans ce cas, on exige que ce dernier soit au courant de ses droits dans les actes qu'il contracte avec des tiers (BRULHART VINCENT, *op. cit.*, n<sup>o</sup> 583).

L'assuré viole fautivement son devoir d'annonce au sens de l'art. 38 al.2 LCA lorsqu'aucune raison objective ne l'a empêché de faire l'annonce à temps (ATF 115 II 88 c. 4a).

En l'espèce, le recourant a eu connaissance de son incapacité de gain, au sens de l'art. 1.1 des Conditions complémentaires pour les rentes en cas d'incapacité de gain (ci-après : CGC 508), le 1<sup>er</sup> mars 2013, date à laquelle il n'était plus en mesure de travailler. C'est à cette date que les conséquences de l'événement dommageable sont devenues visibles et certaines pour le recourant et que le danger redouté s'est réalisé à l'égard de l'objet assuré. Dès lors, dès le 1<sup>er</sup> mars, le recourant aurait dû, sans délai, aviser l'intimée de son sinistre. Le recourant a violé fautivement son devoir d'annonce dans la mesure où aucune raison objective ne l'a empêché de faire l'annonce à temps, d'autant plus qu'il a laissé s'écouler plus de deux ans entre la connaissance du sinistre (1<sup>er</sup> mars 2013) et sa déclaration (15 juillet 2015).

Par ailleurs, une réduction des prestations à la suite d'une violation fautive de l'annonce du sinistre n'est possible que si cette dernière a exercé une influence sur l'étendue du sinistre. En d'autres termes, un lien de causalité entre l'annonce tardive et l'étendue du sinistre est nécessaire (FUHRER STEPHAN, *op cit.*, n<sup>os</sup> 10.45 et 11.54). En effet, l'obligation imposée par l'art. 38 LCA permet à l'assureur de vérifier l'existence d'un droit à des prestations et d'ordonner, si nécessaire, des mesures pour réduire le dommage (cf. art. 61 LCA ; ATF 115 II 88 c. 3 ; TF, 4C.314/1992 c. 5b). L'obligation de réduire son dommage est une incombance dépendante qui vise à maintenir le rapport d'équivalence dans le contrat d'assurance ; ce n'est que lorsque cette violation a une incidence sur l'ensemble du rapport contractuel qu'elle produit des effets juridiques (TF, 5C.55/2005 c. 4.1 ; TF, 4C.314/1992 c. 5b).

La jurisprudence cite comme exemples de mesures permettant de réduire l'étendue du sinistre la consultation d'un médecin spécialiste (TF, 5C.55/2005 c. 4.2), le refus de l'assureur de poursuivre une opération dentaire à l'étranger (TF, 4A\_562/2016 c. 4.3.2) ou l'exercice d'une activité professionnelle adaptée à l'état de santé de l'assuré qui conserve une capacité partielle de travail (RBA XIX n<sup>o</sup> 79, pp. 439 ss).

En l'espèce, si l'intimée avait connu aussitôt le sinistre, elle aurait pu prendre plusieurs mesures afin de limiter l'étendue du dommage. Premièrement, elle aurait pu exiger du recourant qu'il consulte un spécialiste dès l'avènement du sinistre afin d'obtenir un diagnostic formel dans les plus brefs délais. Grâce à ce diagnostic, l'intimée aurait pu prendre le plus rapidement possible des mesures afin d'examiner quel traitement était envisageable pour le recourant, dans le but de limiter les symptômes de la maladie conduisant au sinistre. Secondement, dans la mesure où le recourant conserve une capacité de travail, comme l'admet d'ailleurs l'office AI dans sa décision du 15 mai 2015, l'intimée aurait pu exiger de lui qu'il déploie tous les efforts possibles afin d'exercer une activité professionnelle conforme à son état de santé.

Par conséquent, un lien de causalité doit être admis entre la violation de l'obligation d'annoncer le sinistre et l'étendue de celui-ci. L'intimée est en droit de réduire la rente à la somme qu'elle comporterait si la déclaration avait été faite à temps.

### **3.2. Étendue de la rente**

L'intimée soutient deuxièmement que le recourant n'a le droit qu'à une rente en proportion de son taux d'incapacité de gain en vertu de l'art. 2.2 CGC 508 du contrat d'assurance-incapacité.

Afin de déterminer l'étendue de l'indemnité que devrait verser l'intimée, il convient d'analyser les CGC 508. Celles-ci définissent l'incapacité de gain et prévoient, en cas d'incapacité de gain supérieure à 66 2/3 %, le versement de la prestation intégrale, à savoir une rente annuelle de CHF 60'000.-. En cas d'incapacité entre 66 2/3 % et 25 %, le versement de la prestation assurée en proportion du degré d'incapacité. Finalement, en cas d'incapacité inférieure à 25 %, aucune prestation n'est due (cf. art. 2.1 et 2.2 CGC 508).

Dans son sens courant, l'incapacité de gain consiste en la perte ou la diminution concrète de la possibilité d'acquérir un revenu, synonyme de perte économique (TF, 4A\_451/2015 c. 2.3).

Le taux d'incapacité de gain, survenant à la suite d'une maladie ou d'un accident, se mesure donc par la différence entre, d'une part, le revenu que l'assuré aurait vraisemblablement pu acquérir dans sa profession ou dans une autre activité conforme à sa position sociale s'il avait été en bonne santé et, d'autre part, le revenu qu'il a effectivement acquis par de telles activités ou qu'il aurait pu acquérir en déployant les efforts découlant de son incombance à diminuer le dommage (TF, 4A\_451/2015 c. 3.1).

En l'espèce, le recourant conserve une capacité de travail partielle dans une activité conforme à son état de santé (cf. décision de l'office AI du 15 mai 2015) et, partant, il conserve avec une vraisemblance prépondérante une capacité de gain lui permettant d'exercer une activité professionnelle conforme à sa position sociale, ses connaissances et ses aptitudes (cf. art. 1.1 CGC 508). Il pourrait, par exemple, effectuer une tâche de superviseur dans la restauration ou toute autre activité conforme à son état de santé. Par ailleurs, les traitements et les mesures médicales auraient limité les douleurs du recourant, lui permettant ainsi d'effectuer une activité professionnelle.

En tenant compte du revenu que le recourant aurait pu acquérir, son taux d'incapacité de gain est manifestement inférieur à 66 2/3 %. Il n'a donc droit qu'à une rente proportionnelle à son degré d'incapacité (cf. art. 2.2 CGC 508).

### **3.3. Prescriptions des prestations d'assurance**

Finalement, le recourant soutient que certaines créances découlant de la police d'assurance sont prescrites au sens de l'article 46 LCA.

Aux termes de l'art. 46 al.1 LCA, les créances qui dérivent du contrat d'assurance se prescrivent par deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation. Cette disposition vise les créances découlant du contrat d'assurance, notamment la prétention de l'ayant droit à la prestation d'assurance et celle de l'assureur au versement de la prime. A celles-ci, s'ajoutent la prétention de l'assuré au remboursement d'une part de ses primes et les prétentions en dommages-intérêts découlant du contrat. Les autres prétentions, fondées sur un enrichissement illégitime ou un acte illicite ne sont pas du ressort de l'art. 46 LCA (BRULHART VINCENT, *op.cit.*, n° 867). Comme tout délai de prescription, celui-ci peut, en principe, être suspendu ou interrompu par la survenance d'un certain événement (cf. art. 134 s. CO).

#### **3.3.1. En matière de rente**

Pour déterminer le fait d'où naît l'obligation et, partant, le point de départ de la prescription, il faut analyser le contrat d'assurance et déterminer quel est le sinistre assuré, respectivement quels éléments constitutifs doivent être réunis pour que l'assureur ait l'obligation d'indemniser l'assuré, sans égard aux déclarations et actes que doit faire la partie qui invoque la prétention (TF, 4A\_451/2015 c. 4.1 ; ATF 139 III 263 c. 1.2).

En l'espèce, la prestation de l'intimée consiste en une rente d'assurance périodique due en cas d'incapacité de gain de 25 % au moins. Elle doit être versée après un délai d'attente de trois mois et est susceptible d'être modifiée selon l'évolution du taux d'incapacité de gain (cf. art. 2.2 et 2.4 CGC 508).

L'incapacité de gain du recourant est survenue le 1<sup>er</sup> mars 2013. Le premier droit à la rente survient donc le 1<sup>er</sup> juin 2013. Le délai de prescription biennal de l'art. 46 LCA a été interrompu à la date du dépôt de la requête de conciliation survenu le 1<sup>er</sup> octobre 2015. Partant, l'intimée soutient que les rentes ayant pris naissance entre le 1<sup>er</sup> juin 2013 et le 1<sup>er</sup> octobre 2013 sont prescrites.

#### **3.3.2. En matière de libération du paiement des primes**

La libération du paiement des primes fait souvent l'objet de litiges entre les parties afin de savoir si l'on doit reconnaître celle-ci comme une obligation contractuelle de l'assureur lorsque l'assuré se trouve en incapacité de gain - auquel cas la restitution des primes payées à tort se prescrit par deux ans suivant les règles de l'art. 46 LCA - ou si elle découle d'une condition casuelle négative, à savoir que les primes sont dues uniquement si l'assuré n'est pas en incapacité de gain, - auquel cas la restitution de primes, non dues en raison de la réalisation de la condition, tombe sous le coup des règles sur l'enrichissement illégitime et du délai de prescription d'un an de l'art. 67 CO (TF, 4A\_53/2010 c. 2.6). La différence essentielle, par rapport à la prescription de l'art. 46 LCA, consiste

dans le fait que la prescription de l'art. 67 CO ne commence à courir qu'à partir de la connaissance effective du droit à restitution, même si l'on peut penser que le créancier aurait pu le connaître antérieurement (ATF 109 II 433 c. 2).

En revanche, le délai de prescription biennal de l'art. 46 LCA commence à courir à partir du fait d'où naît l'obligation. La jurisprudence a précisé que le « fait d'où naît l'obligation » ne se confond pas nécessairement avec la survenance du sinistre, même s'il s'agit de la cause première de l'obligation d'indemnisation. Seule une prétention qui a déjà pris naissance peut être atteinte par la prescription. Le moment déterminant pour le départ de la prescription est donc celui où sont réunis tous les éléments constitutifs fondant le devoir de prestation de l'assureur, sans égard au moment où l'assuré en a eu connaissance (TF, 4A\_451/2015 c. 4.1).

En l'espèce, la libération du paiement des primes est une obligation contractuelle découlant de la police d'assurance et soumise à l'art. 46 LCA. En effet, celle-ci est réglée par le Chapitre 2 des Conditions complémentaires relatives à la libération des primes en cas d'incapacité de gain (ci-après : CGC 509) s'intitulant expressément « Prestations ». Ce chapitre prévoit la libération des primes, le cas échéant temporaire, et non la suppression de la prime en tant que telle.

En outre, l'art. 2.0 CGC 509 précise que le recourant est libéré totalement ou partiellement de l'obligation de payer les primes. Le délai de prescription de deux ans pour la libération du paiement des primes est exigible à chaque fois que la prime normale est due, à savoir à chaque échéance trimestrielle. La survenance de l'échéance trimestrielle alors que le recourant est en état d'incapacité de gain pour cause de la maladie de Paget doit être considérée comme le fait qui génère le droit à la libération et qui constitue le dies a quo du délai de prescription. La libération du paiement des primes a commencé à courir le 1<sup>er</sup> mai 2013, soit 60 jours après la survenance du sinistre comme prévu par ledit Chapitre.

Par conséquent, étant donné que la requête de conciliation a été formulée le 1<sup>er</sup> octobre 2015, les créances litigieuses étaient, au vu des constatations ci-dessus, déjà prescrites à cette date. L'intimée peut de bon droit soulever l'exception de la prescription de l'art. 46 al.1 LCA des créances antérieures au 30 avril 2015.

#### **IV. CONCLUSIONS**

La Cantonale Assurances SA conclut à ce qu'il plaise à votre Haute Cour :

1. Confirmer le jugement de la Cour d'appel du Tribunal cantonal vaudois du 2 octobre 2017.
2. Rejeter les demandes de Monsieur Jean-Michel Perrin.
3. Condamner Monsieur Jean-Michel Perrin à tous les frais et dépens.

Nous vous prions de croire, Madame la Présidente, Mesdames les Juges fédérales, à l'expression de notre très haute considération.

Par mandat,

---

Team 3563

*Annexes :*

- Original du jugement attaqué
- Procuration