

Mémoire de recours

Adressé à la I^{ère} Cour de droit civil du Tribunal fédéral

Par

Monsieur Jean-Michel Perrin

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

Contre

La Cantonale Assurances SA

Représentée 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^{ère} Cour de droit civil
Av. du Tribunal - Fédéral 29
Case postale 1000, LAUSANNE 14

(lieu), le 23 octobre 2017

Madame la Présidente,

Mesdames les Juges fédérales,

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

I. RECEVABILITÉ

Le recourant dépose un recours à l'encontre d'une décision finale au sens de l'art. 90 de la Loi fédérale sur le Tribunal fédéral (LTF ; RS 173.110) rendue en matière civile. Partant, le Tribunal fédéral est l'autorité compétente en matière de recours (art. 72 al.1 LTF).

La décision visée par ce recours émane de la Cour d'appel civile du Tribunal cantonal de la République et Canton de Vaud, autorité suprême en procédure civile vaudoise. En conséquence, les conditions de l'art. 75 al.1 LTF sont remplies.

Conformément à l'art. 76 LTF, a la qualité pour former un recours en matière civile quiconque a pris part à la procédure devant l'autorité précédente ou a été privé de la possibilité de le faire (art. 76 lit.a), est particulièrement touché par la décision attaquée et a un intérêt digne de protection à son annulation ou sa modification (art. 76 lit.b).

En l'espèce, d'une part, le recourant a pris part à la procédure devant l'autorité précédente (cf. paragraphe précédent) ; d'autre part, il a un intérêt à recourir car ses griefs sont de nature à entraîner en sa faveur une modification (ou une suppression) de ce qui a été décidé dans le dispositif de l'arrêt attaqué (CORBOZ BERNARD, in : Corboz Bernard et al., *Commentaire de la LTF*, 2^{ème} édition, Berne 2014, art. 76 LTF n° 21).

Au sens de l'art. 51 al.1 lit.a LTF, la valeur litigieuse est déterminée en cas de recours contre une décision finale, par les conclusions restées litigieuses devant l'autorité précédente. L'art. 74 al.1 lit.b LTF prévoit que dans les affaires pécuniaires, le recours n'est recevable que si la valeur litigieuse s'élève au moins à CHF 30'000.-. Eu égard à ce qui précède, la valeur litigieuse portée devant la Cour d'appel civile du Tribunal cantonal vaudois s'élevait, au moment du jugement, à CHF 728'050.- intérêts non compris. Partant, la valeur litigieuse est atteinte ; l'intégralité des conclusions litigieuses sont toujours d'actualité.

En outre, le recourant invoque diverses violations du droit fédéral conformément à l'art. 95 lit.a LTF.

Déposé ce jour, dans les termes prescrits par l'art. 42 LTF, le présent mémoire de recours respecte les exigences légales prévues à l'art. 100 al.1 LTF en matière de délai de recours. En effet, le jugement attaqué ayant été notifié au conseil du recourant le 4 octobre 2017, le délai légal de 30 jours est respecté.

En particulier, à l'annexe, une procuration signée par les mandataires atteste que l'exigence de l'art. 40 al.2 LTF est réalisée.

Le présent recours est recevable au vu de ce qui précède.

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.

Jean-Michel Perrin (ci-après : le recourant) né le 20 octobre 1965 a exploité une auberge en raison individuelle dans la région de la Côte depuis 2007.

Le 8 janvier 2007, le recourant a conclu une police d'assurance vie mixte (type 3B) auprès de La Cantonale Assurances SA (ci-après : l'intimée). Cette police prévoyait en outre, 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 du paiement des primes après un délai d'attente de 60 jours. La prime du recourant s'élevait à CHF 4'600.- par année, payable trimestriellement. Lors de la conclusion de cette police d'assurance-vie, le recourant a dû remplir un questionnaire de santé soumis par l'intimée.

Depuis le 1^{er} mars 2013, le recourant est en incapacité de travail à 100%, en raison de violentes douleurs ostéo-articulaires et céphalées. En juin 2013, il a été diagnostiqué atteint de la maladie de Paget (CIM-10 M88).

Le médecin de famille a fait le nécessaire pour qu'il annonce sa maladie à l'office AI du canton de Vaud. Le recourant a par la suite annoncé son sinistre à l'intimée en juillet 2015.

Suite à cette annonce de sinistre, l'intimée a complété le dossier du recourant par un rapport médical et par son dossier AI. Ces documents ont été reçus respectivement le 28 juillet et le 1^{er} 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 est parvenue au recourant le 30 septembre 2015. L'intimée a soutenu dans le questionnaire de santé soumis au recourant en janvier 2007 qu'il avait omis de mentionner être atteint dans sa santé et suivre un traitement auprès de son médecin de famille. Il avait particulièrement omis de signaler trois consultations chez son médecin de famille, entre juillet 2005 et novembre 2006, en raison de douleurs ostéo-articulaires. Suite à ces consultations médicales, son médecin lui a prescrit des anti-inflammatoires (Ibuprofènes) sans faire d'examen plus approfondi et ne lui a pas délivré de certificat d'arrêt de travail.

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-vie, ainsi que le remboursement des primes payées depuis le 1^{er} mars 2014. 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 l'assurance en cas d'incapacité de gain

Avant toute chose, il est nécessaire de préciser que la police d'assurance conclue avec l'intimée contient deux contrats indépendants, à savoir un contrat en cas d'incapacité de gain (ci-après : contrat d'assurance-incapacité) et un contrat d'assurance vie-mixte (cf. *infra* 3.2.). Seul le premier contrat est touché par la résiliation, contrairement à ce qu'a retenu la Cour d'appel du Tribunal cantonal vaudois (ci-après : Cour d'appel). C'est pourquoi, il s'agira de traiter dans le présent titre uniquement la validité de la résiliation du contrat d'assurance-incapacité.

Pour déterminer si l'intimée peut résilier le contrat d'assurance-incapacité avec effet immédiat, celle-ci doit remplir les conditions prévues par l'art. 6 al.1 et 2 de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA ; RS 221.229.1). Celui-ci a la teneur suivante : « 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 (art. 6 al.1 LCA). Le droit de résiliation s'éteint quatre semaines après que l'assureur a eu connaissance de la réticence (art. 6 al.2 LCA). ».

1.1. Validité matérielle de la résiliation

Le recourant reconnaît qu'il a omis de mentionner, lors de la conclusion de la police d'assurance, un fait dans le questionnaire de santé soumis en date du 8 janvier 2007 par l'intimée. Toutefois, il remet en cause l'importance de ce fait. A son avis, le fait de taire ses consultations médicales antérieures concernant des douleurs ostéo-articulaires ne viole pas son devoir de renseigner prévu par l'art. 4 LCA.

1.1.1. Fait important

La réticence doit porter sur un fait important. 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 doit déclarer les faits qui sont importants ; d'autre part, l'art. 6 LCA prévoit qu'il y a réticence s'il a omis de déclarer ou inexactement déclaré un fait important (ATF 136 III 334 c. 2.4).

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 permettant 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 du Code civil suisse (CC ; RS 210) il faut se demander si l'assureur, dans l'hypothèse où le fait lui aurait été déclaré, 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).

En outre, 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'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). 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 des atteintes passagères et sans importance à son bien-être et que l'attention requise ne lui

commandait pas d'annoncer ne viole pas son devoir de renseigner (ATF 109 V 36 c. 1b). Ce qui est déterminant est de juger si et dans quelle mesure le recourant pouvait considérer de bonne foi, selon la connaissance qu'il avait de la situation et, le cas échéant selon les renseignements que lui avaient fournis des personnes qualifiées, que de telles douleurs pouvaient constituer un devoir de renseigner (ATF 72 II 124 c. 4).

En l'espèce, le recourant soutient que les douleurs ostéo-articulaires entrent dans la catégorie d'indispositions sporadiques et qu'elles sont objectivement insignifiantes. En effet, le recourant pouvait se croire autorisé à ne pas faire état de ces plaintes dès lors que son médecin de famille n'a effectué aucune sérologie ni bilan radiographique durant ces consultations. Il a également jugé qu'au vu de plaintes simples manifestées par le patient, la prescription d'anti-inflammatoires (Ibuprofène) était appropriée. En outre, il est important de rappeler qu'aucun certificat d'arrêt de travail ne lui a été délivré lors de ces consultations.

En tenant compte du déroulement des consultations et du traitement prescrit, le recourant a, en toute bonne foi, considéré que ces plaintes étaient passagères et aucunement importantes pour son bien-être. En effet, au vu du travail acharné qu'il accomplissait quotidiennement pour se maintenir comme l'une des références culinaires du canton, il considérait qu'avoir des douleurs ostéo-articulaires était courant et inévitable dans l'exercice de son activité professionnelle. D'autant plus, la prescription d'anti-inflammatoires vise un traitement de douleurs passagères comme celles que ressentait le recourant. En conséquence, celui-ci pouvait considérer qu'il n'était pas opportun d'annoncer ces douleurs eu égard au caractère provisoire et non permanent des atteintes visées par le traitement prescrit. Remarquons, en outre, qu'entre sa dernière consultation (novembre 2006) et le moment où il est tombé malade (mars 2013), plus de six ans se sont écoulés sans qu'il ne consulte de médecin. Ainsi, les douleurs ressenties à l'époque n'étaient vraisemblablement qu'une simple gêne occasionnelle, comme chacun peut en ressentir de manière épisodique sans y attacher d'importance particulière.

Le recourant relève également que lors de ces consultations, le médecin de famille n'a pas décelé un quelconque déficit au status ostéo-articulaire comme l'a indiqué, en qualité de témoin-expert, le Professeur Boisvert dans le cadre du procès devant la Chambre patrimoniale du canton de Vaud. Eu égard au court laps de temps entre la dernière consultation auprès du médecin de famille et la conclusion de la police d'assurance, en l'espèce moins de deux mois, force est de croire que l'état de santé du recourant ne s'est ni modifié ni aggravé durant cette période.

Au vu ce qui précède, le recourant a respecté son devoir de renseigner dans le sens où les douleurs ostéo-articulaires qu'il a omis doivent être considérées comme des atteintes passagères et sans importance à son bien-être. Il conclut ainsi à l'inexistence d'un fait important tel que défini à l'art. 4 al.2 et 3 LCA, et, par conséquent, à l'inexistence d'une réticence au sens de l'art. 6 al.1 LCA.

1.2. Validité formelle de la résiliation

Dans l'hypothèse où il serait admis que les renseignements sur les consultations médicales constituent un fait important, le recourant remet en cause la validité formelle de la résiliation. En effet, les exigences quant à la motivation et au respect du délai telles que prévues par l'art. 6 al.1 et 2 LCA n'ont pas été respectées par l'intimée.

1.2.1. Motivation de la résiliation

Le recourant ne remet pas en cause la forme de la déclaration de résiliation de l'intimée étant donné qu'elle est intervenue par écrit conformément à l'art. 6 al.1 LCA. Néanmoins, il conteste la motivation de celle-ci.

De jurisprudence constante, le Tribunal fédéral considère qu'il appartient à l'assurance, lorsqu'elle résilie le contrat d'assurance pour cause de réticence, de décrire de manière circonstanciée le fait important non déclaré ou inexactement déclaré dans sa déclaration de résiliation. Il faut en particulier indiquer la question qui fait l'objet d'une réponse inexacte (ATF 129 III 713 c. 2.1 ; TF, 4A_370/2012 c. 2.1 ; TF, 4A_289/2013 c. 4.1). A titre d'exemple, ne constituent un motif de résiliation valable ni une déclaration de résiliation qui indique uniquement « après examen du rapport médical sur les causes du décès » et « in casu, un cas de réticence » (ATF 129 III 713 c.2.1) ni une déclaration qui indique les raisons de la réticence de l'assurée, à savoir de n'avoir pas indiqué son hospitalisation et d'avoir omis de déclarer un fait important, sans préciser quelles questions faisaient l'objet de ces fausses déclarations (TF, 4A_289/2013 c. 4.2).

L'exigence de la référence à la question faisant l'objet de fausses déclarations a été notamment approuvée en doctrine. Le devoir de l'assurance de motiver sa déclaration permet de donner la possibilité à l'assuré de contrôler facilement la validité de son argumentation. Ainsi, l'assureur ne peut pas invoquer un formalisme excessif pour contester l'exigence de clarté dans sa déclaration de résiliation (FUHRER STEPHAN, *Höhere formelle Hürden bei Vertragsauflösung wegen Anzeigepflichtverletzung*, in : REAS 2004 p. 42 ; SCHAEER ROLAND, *CaseBook - Modernes Versicherungsrecht*, Berne 2007, Case 32 pp. 124 s.).

En outre, les effets de la réticence sont lourds pour l'ayant droit du moment que l'assureur est en droit de résilier le contrat (art. 6 al.1 LCA). Non seulement l'assureur n'est plus lié pour l'avenir, mais il peut aussi refuser sa prestation pour un sinistre déjà survenu ou obtenir le remboursement de la prestation qu'il a accordée pour un tel sinistre (TF, 4A_289/2013 c. 4.1). Il faut donc se montrer strict dans l'examen de la validité d'une déclaration de résiliation.

Dans l'arrêt TF, 4A_289/2013 du 10 septembre 2013, la Haute Cour a jugé la résiliation d'un contrat d'assurance-maladie complémentaire comme non valable en raison d'une motivation sommaire de la résiliation. En l'occurrence, l'assurance n'avait fait valoir dans aucun passage de la

déclaration de résiliation à quelles questions déterminées de la proposition d'assurance l'assurée avait faussement répondu. Or, celle-ci comportait huit questions distinguées explicitement par un numéro. Il appartenait à l'assurance de mentionner la ou les questions de la proposition où elle voyait une réticence dans la ou les réponses apportées par l'assurée. En effet, on doit admettre que si la loi impose au proposant de déclarer, suivant un questionnaire écrit, tous les faits qui sont importants pour l'appréciation du risque, il est conforme au droit d'attendre de l'assureur qu'il précise à quelle interrogation le premier n'a pas répondu ou répondu de manière inexacte (c. 4.2.). Cette exigence donne la possibilité à l'assuré d'être en possession de tous les éléments permettant de savoir si les conditions de l'art. 6 al.1 LCA sont remplies.

En l'espèce, l'intimée a voulu résilier la police d'assurance par un courrier recommandé daté du 27 septembre 2015. Dans ce courrier, cette dernière a justifié sa position comme 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. ».

On peut assimiler l'état de fait de l'arrêt susmentionné à celui du cas d'espèce. En effet, le questionnaire soumis au recourant comporte huit questions distinguées explicitement par un numéro et aucun élément de la motivation de l'intimée ne permet de déterminer à quelles questions elle se réfère pour fonder une réticence. La motivation sommaire de la déclaration de résiliation de l'intimée rend difficile le contrôle de la validité de son argumentation.

Notons qu'il n'y a pas lieu de faire une analogie avec l'arrêt du TF, 5C.134/2006 du 21 novembre 2006 dans lequel le Tribunal fédéral a estimé que l'exigence de la référence à la question faisant l'objet de fausses déclarations relevait dans ce cas de figure du formalisme excessif. Dans sa déclaration, l'assurance avait décrit de manière exhaustive les traitements tus en les indiquant un par un, année après année, contrairement à la motivation de la déclaration de résiliation de l'intimée. En conséquence, il faut admettre que l'état de fait faisant l'objet de cet arrêt s'écarte de manière significative de celui du présent recours. Compte tenu des circonstances du cas d'espèce, le recourant n'est pas en mesure de déterminer de bonne foi quelles questions du questionnaire de santé font l'objet d'une réticence.

Eu égard ce qui précède, l'intimée aurait dû mentionner les questions faisant objet de la réticence. La déclaration de résiliation de l'intimée ne remplit pas les exigences prévues par la loi et la jurisprudence de sorte que la Cour d'appel a violé l'art. 6 al.1 LCA en n'invalidant pas, sans motifs objectifs, la déclaration de résiliation de l'intimée.

1.2.2. Respect du délai

L'art. 6 al.2 LCA prévoit que 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 touchant la réticence et qu'il en a une connaissance effective, de simples doutes à cet égard étant insuffisants (ATF 118 II 333 c. 3a ; 116 V 218 c. 6a ; 116 II 338 c. 2a ; 109 II 159 c. 2a). En d'autres termes, ce délai ne commence à courir qu'à partir du moment où il a reçu des informations dignes de foi sur des faits dont on peut déduire avec certitude que le proposant a commis une réticence (ATF 118 II 333 c. 3). Il s'agit d'un délai de péremption (ATF 118 II 333 ; 116 V 218 c. 6). Passé ce délai, le droit de se départir du contrat s'éteint.

S'agissant de l'observation du délai légal de quatre semaines, la LCA ne régit pas de manière expresse 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.

Le Tribunal fédéral et la doctrine majoritaire considèrent toutefois que la déclaration doit être parvenue au preneur d'assurance avant l'expiration du délai de quatre semaines (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*, 1991, p. 105). Le recourant soutient que cette opinion est fondée. En effet, celle-ci trouve son fondement à l'art. 100 al. 1 LCA qui renvoie, pour le surplus, à la Loi fédérale complétant le Code civil suisse (CO ; RS 220), en vertu de laquelle les manifestations de volonté sont en principe soumises à réception (cf. art. 3 al.2, 5 et 9 al.1 CO ; TF, 5C.263/2000 c. 4a ; TERCIER PIERRE / PICHONNAZ PASCAL, *Le droit des obligations*, 5^{ème} éd., Genève / Zurich / Bâle 2012, p. 48).

Le délai de quatre semaines de l'art. 6 al.2 LCA se calcule conformément à l'art. 77 al.1 ch.2 CO, 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.

En l'espèce, l'assurance a reçu le dossier de l'office AI le mardi 1^{er} septembre 2015. Ce dossier décrivait de manière détaillée les consultations médicales du recourant et permettait ainsi à l'intimée d'être complètement orientée sur tous les points touchant la réticence. Le jour qui correspond à cette date, dans la dernière semaine du délai, est le mardi 29 septembre 2015.

Une manifestation de volonté écrite déploie ses effets, selon la théorie de la réception, dès qu'elle entre dans la sphère de puissance du destinataire – elle lui est remise, ou est déposée dans sa boîte

aux lettres – même si celui-ci n'en prend pas connaissance (ATF 107 II 189 c. 2 ; MORIN ARIANE in : *Commentaire romand*, CO I, Bâle 2012, art. 1 CO n° 13). Eu égard à la rigueur de la loi quant aux conséquences de la réticence, il y a lieu de se montrer exigeant quant au respect du délai de résiliation. L'assureur ne saurait attendre le dernier moment pour résilier le contrat (Arrêt en ligne de la Chambre des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Genève, ATAS/840/2015 du 29 octobre 2015 c. 8).

La déclaration de résiliation a été réceptionnée le 30 septembre 2015, à savoir au moment où elle est entrée dans la sphère de puissance du recourant. Partant de ces constatations, l'intimée n'a pas respecté le délai légal de quatre semaines, celui-ci étant échu le mardi 29 septembre 2015.

Au vu de ce qui précède, le droit de l'intimée de se départir du contrat d'assurance-incapacité est échu car elle n'a pas agi dans le délai légal de l'art. 6 al.2 LCA. Par conséquent, la Cour d'appel a violé le droit fédéral en admettant que la résiliation était valable. Le contrat doit ainsi être maintenu avec le même contenu.

2. Obligation d'exécuter la prestation d'assurance

Si par extraordinaire, la Haute Cour venait à admettre que la déclaration de résiliation était valable, le recourant soutient que celle-ci ne permet pas à l'intimée d'être libérée de l'obligation d'exécuter sa prestation. En effet, l'art. 6 al.3 LCA exige un lien de causalité entre le fait objet de la réticence et le sinistre.

2.1. Lien de causalité

Lorsque le contrat prend fin par résiliation pour cause de réticence (art. 6 al.1 LCA), l'art. 6 al.3 LCA prévoit que 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.

Par sinistre, il faut entendre la réalisation du risque assuré ; le sinistre est la survenance de l'événement redouté en vue duquel le contrat a été conclu (ATF 136 III 334 c. 3). Le recourant ne conteste pas la survenance du sinistre tel que défini par l'art. 1.1 des Conditions complémentaires pour les rentes en cas d'incapacité de gain (ci-après : CGC 508).

En menant une interprétation littérale du lien de causalité, l'assureur ne peut refuser d'accorder sa prestation que si le fait qui a été objet de la réticence a influé sur la survenance ou l'étendue du sinistre. Certains auteurs plaident pour une interprétation stricte du lien de causalité sans toutefois justifier clairement leur position (GROSS CHRISTOPH / OVERNEY ALEXIS, *Un arrêt concernant le nouveau régime de la réticence – Arrêt du Tribunal fédéral 4A_303/2010 du 11 août 2010*, in : REAS 2012 pp. 51 ss, p. 53 ; EISNER-KIEFER ANDREA, *Kausalität und Verschulden im VVG und VE-VVG*, in : REAS 2008 pp. 215 ss, p. 217). Selon le commentaire bâlois, il faut se demander si le

sinistre ne serait pas survenu ou pas dans la même ampleur, dans l'hypothèse où l'assuré aurait déclaré le fait omis ou correctement déclaré le fait inexactement déclaré (BK - VVG - NEF / VON ZEDTWITZ, art. 6 LCA ad n° 5). En d'autres termes, un lien de causalité ne doit pas être admis lorsque le sinistre serait tout de même survenu ou survenu dans la même ampleur dans l'hypothèse où l'assuré aurait déclaré le fait omis ou correctement déclaré le fait inexactement déclaré.

Il sied de rappeler que la jurisprudence et la doctrine exigent de l'assuré qu'il renseigne l'assureur non seulement sur les faits qui peuvent être la cause directe du sinistre, mais également sur les indices permettant à l'assureur d'évaluer correctement le risque qu'il est appelé à couvrir (cf. art. 4 LCA ; TF, 4A_150/2015 c. 4 et 7.5). Ces indices sont couramment appelés « circonstances indicatives » (TF, 4A_150/2015 c. 7.2). Sont notamment cités comme exemples de circonstances indicatives les retraits de permis et les consultations médicales (TF, 4A_150/2015 c. 7.2 ; FUHRER STEPHAN, *op cit.*, n° 6.162).

Le Tribunal fédéral semble retenir, quant à lui, une notion large du lien de causalité. Cependant, le fait important passé sous silence doit se rapporter au risque qui s'est réalisé dans le cas d'espèce (TF, 4A_303/2010 c. 2.4).

En l'espèce, à l'appui d'un arrêt du Tribunal cantonal tessinois (arrêt en ligne du Tribunal des assurances du Canton du Tessin, TCA 34.2010.75 du 27 juillet 2011), le recourant soutient premièrement que les consultations médicales antérieures faisant l'objet de la réticence ne sont pas la cause directe du sinistre.

Dans cet arrêt, un assuré avait subi, avant la conclusion du contrat d'assurance, un accident de travail ayant conduit à de banales douleurs de dos qui n'avaient aucunement affecté sa capacité de travail à long terme. Suite à la conclusion dudit contrat, il avait subi un deuxième accident qui avait causé des douleurs dégénératives et une incapacité de gain. L'assurance a résilié le contrat pour cause de réticence à l'égard du premier accident. Le Tribunal cantonal a estimé que les douleurs découlant du premier accident n'étaient pas en lien de causalité avec le sinistre causé par le deuxième accident. En effet, les premières douleurs ont été considérées comme des indispositions sporadiques et n'avaient pas causé d'incapacité de travail ; elles ne pouvaient donc aucunement avoir un lien avec les douleurs dégénératives découlant du deuxième accident (c. 2.7).

Il convient ici également de faire une distinction entre les douleurs qui ont poussé le recourant à consulter son médecin de famille et les douleurs provenant d'une maladie dégénérative telle que la maladie de Paget. Le recourant exerçait la profession de restaurateur et exploitait une des auberges les plus prisées du canton uniquement avec l'aide de son épouse. Afin de mener à bien son commerce, il n'a pas ménagé son travail et les douleurs ostéo-articulaires en sont la conséquence. Il va de soi, qu'en comparaison avec des personnes exerçant un métier du secteur tertiaire, les personnes exerçant des professions éprouvantes physiquement, les obligeant notamment à rester

debout de longues heures d'affilées, sont d'avantage exposées à des douleurs en raison des sollicitations articulaires intenses que cela implique. Eu égard à ce qui précède, on s'aperçoit que ces douleurs n'entrent pas dans la catégorie de prédispositions de la maladie de Paget. Les douleurs ostéo-articulaires ressenties par le recourant lors des consultations médicales antérieures faisant l'objet de la réticence doivent être comprises comme des douleurs dues à l'âge et à une vie professionnelle éprouvante et non comme une cause directe du sinistre. Force est d'admettre que même si l'assuré avait déclaré les consultations médicales litigieuses, le sinistre serait tout de même survenu dans la même ampleur puisque les douleurs ostéo-articulaires sont totalement indépendantes de la maladie de Paget.

Secondement, bien que le fait objet de la réticence est une circonstance indicative, celui-ci n'est pas en lien de causalité avec le sinistre. En effet, selon le rapport médical du Professeur Boisvert, il est notamment indiqué que : « dans la maladie de Paget, le processus du métabolisme des os est plus rapide et l'os est remplacé par un tissu osseux moins fort et plus poreux. Les os s'épaississent, s'affaiblissent et se déforment. ». En tenant compte des informations transmises par ledit Professeur et de l'absence objectivement constatée de déficit au status ostéo-articulaire lors des consultations médicales, des douleurs ostéo-articulaires simples et passagères ne peuvent déduire à l'existence d'un sinistre tel que survenu en l'espèce.

Eu égard à tout ce qui précède, le lien de causalité tel que retenu par la Cour d'appel viole l'art. 6 al.3 LCA dans le sens où les consultations médicales antérieures n'ont aucunement influé sur la survenance ou l'étendue du sinistre. L'intimée doit, par conséquent, exécuter la prestation prévue par le contrat d'assurance-incapacité.

2.2. Etendue de la prestation

Dans l'hypothèse où l'intimée invoque une violation de l'art. 38 al.1 et 2 LCA en relation avec le retard dans l'obligation de communiquer le sinistre, le recourant reconnaît avoir fautivement violé l'obligation d'annoncer son sinistre en ne l'annonçant que le 15 juillet 2015. Cependant, il conteste l'existence d'un lien de causalité entre la violation fautive de son obligation et l'étendue du sinistre.

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 imposée par l'art. 38 LCA permet à l'assureur de vérifier l'existence d'un droit à une prestation 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). Il s'agit d'une incombance dépendante qui vise à maintenir le rapport d'équivalence dans le contrat d'assurance ; une violation qui ne porte pas

atteinte à l'équivalence des prestations n'est pas déterminante et est dépourvue d'effets juridiques (TF, 5C.55/2005 c. 4.1 ; TF, 4C.314/1992 c. 5b). Par conséquent, une réduction des prestations à la suite d'une violation fautive de l'obligation d'annonce 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^{os} 10.45 et 11.54).

La jurisprudence cite notamment comme exemples de mesures permettant de réduire l'étendue du sinistre la consultation d'un médecin spécialiste (TF, 5C.55/2005 c. 4.2) ou le refus de l'assurance de poursuivre une opération dentaire à l'étranger (TF, 4A_562/2016 c. 4.3.2). Afin de réduire le sinistre découlant d'une atteinte à la santé, l'assuré doit notamment se soumettre aux mesures thérapeutiques aptes à réduire le dommage pour autant que, selon l'expérience, une amélioration importante de l'affection soit à attendre avec certitude ou grande vraisemblance de ces mesures (Arrêt en ligne de la Chambre des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Genève ATAS/260/2014 du 27 février 2014 c. 6).

En l'espèce, au vu des effets de la maladie de Paget qui engendrent notamment un affaiblissement et une déformation chroniques des os, le recourant ne voit pas quelles mesures auraient vraisemblablement permis une amélioration importante de la maladie. Toute mesure, quelle qu'elle soit, serait inefficace.

Par ailleurs, une reconversion professionnelle du recourant n'était pas non plus exigible. En effet, contrairement à ce que l'office AI a retenu dans sa décision du 15 mai 2015, le recourant est totalement incapable d'exercer sa profession et toute autre activité conforme à sa position sociale, ses connaissances et ses aptitudes. Dans son quotidien, le recourant souffre constamment de violentes douleurs ostéo-articulaires l'empêchant parfois de se lever et de rester debout plus de 45 minutes d'affilée. Prétendre à ce que le recourant puisse exercer une autre activité conforme à sa position sociale, ses connaissances et ses aptitudes est inenvisageable. En effet, celui-ci est au bénéfice d'un certificat de capacité de sommelier et est un professionnel dans les domaines de l'hébergement et de la restauration. Exiger de sa part qu'il exécute une activité dans ces domaines serait insoutenable au vu des douleurs qu'il ressent. Cet avis a notamment été défendu par son médecin de famille ainsi que par le Professeur Boisvert.

Par conséquent, l'intimée ne peut pas réduire la prestation d'assurance-incapacité sur la base de l'art. 38 al.2 LCA, faute de lien de causalité entre la violation de l'obligation d'annoncer le sinistre et l'étendue de celui-ci. Retenir le contraire conduirait à violer le droit fédéral.

3. Prétention en matière de prestation d'assurance

3.1. S'agissant de l'assurance-incapacité

Le recourant soutient que l'intimée est tenue d'exécuter sa prestation d'assurance en cas d'absence de lien de causalité entre la réticence et la survenance du sinistre ; *a fortiori* en cas d'inexistence même d'une réticence (cf. art. 6 LCA).

3.1.1. Rente annuelle

La police d'assurance prévoit, 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 3 mois. De plus, l'art. 1.1 CGC 508 prévoit qu'il y a incapacité de gain lorsque, par suite de maladie ou d'accident, sur la base de signes objectifs médicalement constatables, l'assuré est incapable d'exercer sa profession ou toute autre activité conforme à sa position sociale, ses connaissances et ses aptitudes et qu'il subit de ce fait une perte de gain ou un autre préjudice pécuniaire équivalent.

En présence d'une telle définition de l'incapacité de gain, la prétention de l'ayant droit n'est pas seulement attachée à un événement déterminé ; elle est subordonnée, en outre, à l'existence d'un dommage, au sens juridique du terme, causé par cet événement (ATF 119 II 361 c. 4). Il advient donc de prouver l'avènement d'une incapacité de gain et l'existence d'un dommage tels que définis dans l'art. 1.1 CGC 508 pour avoir droit à la rente découlant de la police d'assurance-incapacité.

De plus, l'art. 2.2 CGC 508 prévoit qu'en cas d'incapacité de gain supérieure à 66 2/3 %, l'assureur verse la prestation intégrale, à savoir une rente annuelle de CHF 60'000.-. En cas d'incapacité entre 66 2/3 % et 25 %, la prestation assurée est versée en proportion du degré d'incapacité. Finalement, en cas d'incapacité inférieure à 25 %, aucune prestation n'est due.

La rente due par l'intimée doit être calculée sur la base du taux d'incapacité de gain selon l'art. 2.2 CGC 508. Le taux d'une incapacité de gain intervenant à la suite d'une maladie ou d'un accident résulte de 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. La différence exprimée en pourcent du premier de ces deux revenus indique le degré d'incapacité de gain (TF, 4A_451/2015 c. 3.1). Par ailleurs, le fait de percevoir des prestations de tiers, en particulier de la part d'assurances privées ou sociales, n'augmente pas le revenu que l'assuré a acquis par son travail ou qu'il aurait été en mesure d'acquérir. Ces versements n'ont pas à être ajoutés au revenu effectif ou exigible lors de la détermination du taux d'incapacité de gain (TF, 4A_451/2015 c. 3.1.1 ; ATF 133 III 527 c. 3.2).

En l'espèce, le recourant est atteint de la maladie de Paget qui l'empêche de se lever et de rester debout pendant plus de 45 minutes d'affilée. Vu cette situation, il est privé, au moins partiellement, de la capacité d'exploiter son auberge ou d'exercer une autre activité conforme à sa position sociale. Il découle de cette incapacité de travail qu'il ne peut plus recevoir les revenus que lui procurait l'exploitation de son auberge. Son revenu effectif paraît ainsi nul. Certes, le recourant est au bénéfice d'une rente AI depuis le 1 mars 2014 mais ces prestations d'assurance sociale n'ont pas à être ajoutées à son revenu effectif. Son taux d'incapacité de gain est alors, avec une vraisemblance prépondérante, supérieur à 66 2/3 %.

Par conséquent, le recourant a droit à une rente entière annuelle de CHF 60'000.- depuis le 1er juin 2013, soit trois mois après la survenance du sinistre.

3.1.2. Libération du paiement des primes

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, *Droit des assurances privées*, Berne 2008, n°867).

Les créances en libération du paiement des primes sont, en l'espèce, fondées sur un enrichissement illégitime. En effet, lorsque les parties prévoient une libération du paiement des primes, il semble plus logique de considérer qu'elles envisagent en réalité une condition casuelle négative, à savoir que la prime d'assurance n'est due que si l'assuré ne se trouve pas en état d'incapacité de gain pour cause de maladie ou d'accident. En adoptant cette vision, l'assuré qui se trouve en incapacité de gain et continue à payer ses primes, alors qu'en réalité, il ne les devait plus, peut en demander la restitution en se prévalant des règles sur l'enrichissement illégitime (cf. art. 63 ss CO). Au sens de l'art. 67 al.1 CO, l'action en restitution pour cause d'enrichissement illégitime se prescrit par un an à compter du jour où la partie lésée a eu connaissance de son droit de répétition, et, dans tous les cas, par dix ans dès la naissance de ce droit. Par rapport à la prescription de l'art. 46 LCA, la différence essentielle 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 (TF, 4A_53/2010 c. 2.6).

Selon une jurisprudence constante, le créancier a connaissance de son droit de répétition lorsqu'il atteint le degré de certitude à partir duquel on peut dire, selon les règles de la bonne foi, qu'il n'a plus de raison ou n'a plus la possibilité de recueillir davantage d'éclaircissements et dispose d'autre

part de suffisamment d'éléments pour ouvrir action, de telle sorte que cette démarche peut être raisonnablement exigée de lui (ATF 129 III 503 c. 3.4, JdT 2004 I 35).

En l'espèce, l'art. 2.0 des Conditions complémentaires relatives à la libération des primes en cas d'incapacité de gain, valablement intégrées à la police d'assurance, prévoit la libération du paiement des primes dès le 61^{ème} jour d'incapacité de gain. Celle-ci doit être considérée comme une condition casuelle négative ne découlant ainsi pas directement du contrat d'assurance-incapacité au sens de l'art. 46 LCA mais se fonde ainsi sur les règles de l'enrichissement illégitime pour lequel l'art. 67 al.1 CO prévoit un délai de prescription relatif d'un an à compter du jour où la partie lésée a eu connaissance de son droit de répétition. Le sinistre étant survenu le 1^{er} mars 2013, son droit à la libération du paiement des primes naît le 1^{er} mai 2013.

Jusqu'à la décision de l'office AI du 15 mai 2015, le recourant n'avait pas une connaissance effective de son droit à la restitution de la prestation au sens de l'art. 67 al. 1 CO ; il n'était pas encore orienté sur un taux d'incapacité de gain suffisamment élevé pour fonder un droit à la rente, et ainsi réaliser la condition casuelle négative le libérant de son obligation. Le fait qu'il a continué de payer ses primes démontre qu'il ne savait pas qu'il était libéré de leur paiement ; il estimait que son incapacité de travail n'était pas suffisante pour fonder un droit à la rente. C'est même son médecin qui a dû faire le nécessaire pour annoncer son cas à l'office AI. La décision de l'office AI reconnaissant un droit à une rente AI fondée sur un taux d'invalidité de 72% a véritablement permis d'éclairer le recourant sur son droit. En effet, le taux d'invalidité étant déterminé par des critères semblables à ceux du taux d'incapacité prévu par la police d'assurance, il a alors su que son taux d'incapacité était suffisant pour exiger la prestation d'assurance de l'intimée et de ce fait être libéré du paiement des primes.

Eu égard à tout ce qui précède, le délai de prescription annuel prévu par l'art. 67 al. 1 CO est respecté. La requête de conciliation ayant été déposée le 1^{er} octobre 2015, soit moins d'une année après la connaissance effective de son droit (15 mai 2015). Partant, l'intimée ne peut s'opposer à la répétition des primes payées dès juin 2013 en invoquant l'exception de la prescription. Le recourant fait donc valoir le remboursement de celles-ci car il les a payées à tort dès juin 2013, soit 60 jours après la survenance de l'incapacité de gain.

3.2. S'agissant de l'assurance-vie mixte

Dans l'hypothèse où la résiliation de l'assurance incapacité de gain et la libération de l'intimée d'exécuter sa prestation seraient admises, le recourant soutient que la résiliation n'affecte que la prestation en cas d'incapacité de gain prévue par la police d'assurance. Cette dernière doit en effet être considérée comme un contrat multiple.

On parle de contrat multiple lorsque plusieurs contrats indépendants sont réunis dans un même document. Lorsque l'assuré viole son devoir de renseigner lors de la conclusion d'un contrat multiple, l'assureur peut uniquement résilier le ou les contrats indépendants qui sont touchés par la violation d'un tel devoir (FUHRER STEPHAN, *op cit.*, n° 6.173). Il s'agit de déterminer quel ou quels contrats indépendants couvrant un certain risque sont influencés par le fait important non déclaré (FUHRER STEPHAN, *op cit.*, n° 6.174).

En l'espèce, la police d'assurance prévoit principalement les prestations suivantes : en cas de vie à l'échéance du contrat, soit au 20 octobre 2025, le versement d'un capital de CHF 450'000.- ; en cas de décès avant l'échéance du contrat, le versement du capital susmentionné à son épouse ; 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 3 mois.

La troisième prestation constitue à elle seule le contrat d'assurance-incapacité. Les deux premières prestations forment, quant à elles, le contrat d'assurance-vie mixte. Elles constituent la composante d'épargne de la police d'assurance et couvrent un événement certain, soit la vie ou le décès. Les prestations en cas de vie et en cas de décès ont une certaine connexité ; elles sont alternatives étant donné que, si le recourant ne décède pas avant l'échéance de la police d'assurance, l'intimée devra quoi qu'il arrive lui verser le capital à l'échéance de celle-ci et inversement. Le « risque » décès est ainsi atténué par ce fait. Le fait important non déclaré par le recourant (les consultations médicales antérieures en raison de douleurs ostéo-articulaires) n'a manifestement pas eu d'influence sur le contrat indépendant d'assurance-vie mixte et ne peut pas entraîner sa résiliation.

Au vu de ce qui précède, l'intimée peut uniquement se départir du contrat d'assurance-incapacité de gain ; les prestations découlant du rapport de liquidation de ce contrat doivent donc être exécutées, à savoir notamment le remboursement de la part des primes payées en vertu de celui-ci. Au surplus, les parties sont encore liées par le contrat d'assurance-vie.

IV. CONCLUSIONS

Jean-Michel Perrin conclut à ce qu'il plaise à votre Haute Cour :

Principalement

1. Admettre le présent recours.
2. Réformer le jugement de la Cour d'appel du canton de Vaud dans la cause Jean-Michel Perrin contre La Cantonale Assurances SA dans le sens des considérants.
3. Condamner l'intimée au paiement des sommes suivantes :
 - CHF 150'000.- à titre de rentes avec intérêts à 5% l'an dès l'exigibilité de chaque créance ;
 - CHF 8'050.- à titre de remboursement des primes payées indûment avec intérêts à 5% l'an dès le 1^{er} mai 2013.
4. Condamner l'intimée à supporter les frais judiciaires, arrêtés à CHF _____. -
5. Condamner l'intimée à verser au recourant une indemnité de CHF _____. - à titre de dépens.
6. Communiquer le présent arrêt aux mandataires des parties et à la Cour d'appel du canton de Vaud.

Subsidiairement

1. Admettre le recours.
2. Renvoyer la cause à la Cour d'appel du canton de Vaud pour une nouvelle décision dans le sens des considérants.
3. Condamner l'intimée à supporter les frais judiciaires, arrêtés à CHF _____. -
4. Condamner l'intimée à verser au recourant une indemnité de CHF _____. - à titre de dépens.
5. Communiquer le présent arrêt aux mandataires des parties et à la Cour d'appel du canton de Vaud.

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