

**COUR D'APPEL CIVILE**

---

---

Arrêt du 19 février 2015

---

Composition : M. COLOMBINI, président  
M. Giroud et Mme Crittin Dayen, juges  
Greffier : M. Tinguely

\*\*\*\*\*

**Art. 4 et 6 LCA**

Statuant à huis clos sur l'appel interjeté par **V.**\_\_\_\_\_, à [...],  
demanderesse, contre le jugement rendu le 5 septembre 2014 par la Cour  
civile du Tribunal cantonal dans la cause divisant l'appelante d'avec  
**L.**\_\_\_\_\_**SA**, à [...], défenderesse, la Cour d'appel civile du Tribunal  
cantonal considère :

## **En fait :**

**A.** Par jugement du 5 septembre 2014, la Cour civile du Tribunal cantonal a rejeté les conclusions prises le 18 novembre 2010 par la demanderesse V. \_\_\_\_\_ contre la défenderesse L. \_\_\_\_\_ SA (I) et statué sur les frais de justice (II) et les dépens (III).

En droit, les premiers juges ont considéré que, si la demanderesse pouvait ignorer de bonne foi qu'elle souffrait d'une sclérose en plaques, diagnostic dont elle n'avait eu connaissance que postérieurement à la conclusion du contrat litigieux, et si elle avait en revanche mentionné souffrir de ménopause précoce dont l'origine était une anomalie chromosomique, il n'en allait pas de même des discopathies et de l'état anxio-dépressif dont elle avait souffert et qui l'avaient amenée à consulter des médecins, à suivre des traitements médicamenteux ainsi qu'à subir des examens médicaux, qui ne pouvaient être considérés comme passagers et sans importance. Pour les premiers juges, elle aurait dû les indiquer dans le questionnaire de santé soumis qui lui avait été soumis par la défenderesse, dès lors qu'elle était à même de se rendre compte que celle-ci n'aurait pas manqué d'étudier ces éléments en détail afin d'évaluer les éventuels risques d'incapacité de travail ultérieure. La Cour civile a dès lors estimé qu'en omettant de répondre de manière complète aux questions claires et précises de l'assureur portant sur des faits qu'elle devait reconnaître comme importants et qui étaient de nature à influencer sur la volonté de la défenderesse de conclure le contrat d'assurance, la demanderesse avait violé son obligation découlant de l'art. 4 LCA (loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 ; RS 221.229.1), un cas de réticence étant ainsi réalisé. Pour les premiers juges, la résiliation fondée sur la réticence n'était pas tardive au regard de l'art. 6 aLCA (loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2005), la déclaration de résiliation de la défendresse du 30 juillet 2009 décrivant au surplus expressément les éléments qu'elle considérait comme importants, non déclarés ou inexactement déclarés, avec référence aux numéros des

réponses concernées du questionnaire du 28 octobre 2005, ce qui n'avait pas été contesté par la demanderesse.

**B.** Par acte du 26 janvier 2015, V.\_\_\_\_\_ a interjeté appel contre ce jugement, concluant, sous suite de frais et dépens, à sa réforme en ce sens que :

« I. La demande est admise.

II. L.\_\_\_\_\_ SA est la débitrice de V.\_\_\_\_\_ d'un montant de Fr. 799.75 (sept cent nonante-neuf francs et septante-cinq centimes), avec intérêts à 5% l'an dès le 10 mars 2009, échéance moyenne, et lui en doit immédiat paiement.

III. L.\_\_\_\_\_ SA est la débitrice de V.\_\_\_\_\_ d'un montant de Fr. 71'250.- (septante et un deux cent cinquante francs [sic]), avec intérêts à 5% l'an dès le 7 septembre 2012, échéance moyenne, sous déduction des primes pour la période correspondante, et lui en doit immédiat paiement.

IV. L.\_\_\_\_\_ SA est la débitrice de V.\_\_\_\_\_, pour l'avenir, de toutes les prestations prévues par la police de prévoyance liée n° 1.189.446.

V. Les frais de la cause, comprenant une indemnité pour les dépens de première et de deuxième instance, sont intégralement mis à la charge de la défenderesse. »

Elle a en outre requis la production de pièces.

L'intimée n'a pas été invitée à se déterminer.

**C.** La Cour d'appel civile retient les faits suivants, sur la base du jugement complété par les pièces du dossier :

**1.** **a)** La demanderesse V.\_\_\_\_\_, née le [...] 1956 et domiciliée à [...], exerce une activité de logopédiste indépendante. Elle a suivi un enseignement supérieur paramédical auprès du Centre de formation educationnelle de [...] et obtenu un diplôme de graduée en logopédie le 13 octobre 1977. Le 12 décembre 2007, elle a reçu une autorisation de pratiquer son activité de logopédiste dans le canton de Vaud.

**b)** La défenderesse L. \_\_\_\_\_ SA est une société anonyme dont le siège est à [...]. Son but, tel qu'il ressort du Registre du commerce, est l'exploitation d'assurances sur la vie, y compris l'invalidité et la maladie, ainsi que toutes assurances complémentaires, soit directement, soit indirectement.

X. \_\_\_\_\_ SA est une société anonyme dont le siège est à [...]. Son but inscrit au Registre du commerce est l'exploitation de l'assurance directe à l'exclusion de l'assurance-vie.

L. \_\_\_\_\_ SA et X. \_\_\_\_\_ SA font toutes deux partie du groupe [...].

**2.** Entre 1995 et 2004, la demanderesse a consulté le Dr S. \_\_\_\_\_, médecin à [...], en raison d'aménorrhées secondaires.

**3.** En 2000, la demanderesse a effectué des examens ophtalmologiques auprès du Dr H. \_\_\_\_\_, ophtalmologue, à [...], et consulté le Dr W. \_\_\_\_\_, médecin-chef de la division autonome de génétique médicale du CHUV (Centre hospitalier universitaire vaudois), à Lausanne, au sujet d'une anomalie chromosomique.

Par courrier du 25 janvier 2000, le Dr W. \_\_\_\_\_ a indiqué ce qui suit au Dr S. \_\_\_\_\_ :

« (...) patiente (...) qui, comme vous le savez, présente une translocation réciproque entre un chromosome X et un chromosome 13.

(...). Hormis la translocation, il y a donc également une inversion péricentrique d'un chromosome 9. Celle-ci, fréquente dans la population générale, est souvent héritée et n'a pas de conséquence sur le phénotype.

(...)

Il ne s'agit donc pas chez votre patiente d'une dysgénésie gonadique dans le cadre d'un syndrome de Turner en mosaïque. Ce dernier avait été suspecté il y a plus de vingt ans à partir des résultats d'une étude de la chromatine sexuelle faite en ...]Belgique.

En ce qui concerne la fertilité, notre diagnostic ne modifie malheureusement en rien le pronostic clinique déjà établi par l'observation histologique de «streak-gonads».

(...) Dans le cas contraire, l'inactivation de l'X transloqué pourrait s'étendre au chromosome 13. Dans cette hypothèse, il convient de porter attention au gène du rétinoblastome proche de la bande q14.3. Compte tenu de l'âge de la patiente et des examens ophtalmologiques que le Dr H. \_\_\_\_\_ a déjà pratiqués, une telle pathologie semble pouvoir être exclue. Un nouvel examen a cependant été encouragé. (...). »

**4.** En 2001, la demanderesse a présenté un épisode transitoire de parésie des membres inférieurs prédominants à gauche décrite comme atypique. A cette occasion, elle a consulté le Dr J. \_\_\_\_\_, médecin à [...], spécialiste FMH en médecine générale, et subi une IRM.

**5.** Depuis 2001, la demanderesse a également été suivie par le Dr J. \_\_\_\_\_ pour des problèmes anxio-dépressifs. Elle n'a toutefois jamais été mise en incapacité de travail pour ces affections.

**6.** En octobre 2005, la demanderesse a souhaité conclure un contrat d'assurance de prévoyance liée auprès de la défenderesse ainsi qu'un contrat d'assurance perte de gain en cas de maladie auprès de X. \_\_\_\_\_ SA.

**7.** Le 28 octobre 2005, la demanderesse a daté et signé une proposition d'assurance n° ...]564.390A auprès de la défenderesse en vue de la conclusion d'un contrat d'assurance de prévoyance liée.

A cette occasion, K. \_\_\_\_\_, agent d'assurance auprès de l'agence générale de la région [...], a rempli un questionnaire de santé avec la demanderesse. Il lui a également soumis un questionnaire de santé en vue de la conclusion d'une assurance perte de gain.

A la question « Présentez-vous actuellement une affection quelconque ? », la demanderesse a répondu « non ».

A la question « Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de l'une des maladies mentionnées ci-dessous (affections des articulations, de la colonne vertébrale; affections discales, maux de dos, sciatique;

affections des yeux ou des oreilles; dépressions, affections mentales ou nerveuses (en particulier tentative de suicide) ? », la demanderesse a répondu « oui, v) ménopause précoce, Drsse [...] - gynécologue, Hôpital [...] » et a répondu par la négative à la mention d'une affection des yeux.

A la question « Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de quelque autre trouble que ce soit ? », la demanderesse a répondu « non ».

A la question « Avez-vous déjà été traitée par un médecin ? », la demanderesse a répondu « non ».

A la question « Afin de poser ou de préciser un diagnostic, avez-vous déjà dû vous soumettre à des examens ou traitements particuliers tels que : (...) b) mammographie, (...), e) ultrasons, (...), o) imagerie par résonance magnétique (IRM), (...) ? », la demanderesse a répondu « b) mammographie, e) ultrason, Drsse[...] - gynécologue, Hôpital [...], ménopause précoce » et a répondu par la négative s'agissant d'un test auditif ou ophtalmique.

A la question « Avez-vous déjà dû séjourner dans un hôpital, une clinique ou autre institution médicale similaire suite à une maladie, un accident, une blessure ou une intoxication ? », la demanderesse a répondu «non».

A la question « Des médicaments autres que d'éventuels moyens de contraception vous sont-ils ou vous ont-ils été prescrits au cours des 5 dernières années », la demanderesse a répondu «oui, substitution hormonale, 1 x jour, depuis ~ 1992 ».

Il était indiqué ce qui suit en pages 1 et 4 de la proposition d'assurance :

« (...)

Les signataires de la proposition sont responsables de conséquences lors 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 contrat dépend des réponses véridiques et complètes aux questions posées dans le présent questionnaire. Des omissions ou des réponses inexactes de la part du proposant ou de la personne à assurer donnent le droit à la L. \_\_\_\_\_ SA, (...), de se départir du contrat selon l'art. 6 de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908.

(...)

La *personne à assurer* déclare avoir répondu à toutes les questions de manière complète et conforme à la vérité. (...)

La L. \_\_\_\_\_ SA et la X. \_\_\_\_\_ SA font partie du groupe [...] et sont partenaires. Les produits [...] sont développés et gérés en commun par les deux sociétés. La personne à assurer consent à ce que, en cas de conclusion du contrat certaines données soient transmises d'une société à l'autre et qu'elles y soient également détenues. Les données transmises sont exclusivement celles figurant sous les points 1 à 5 de la présente proposition d'assurance, ainsi que celles découlant de la gestion ultérieure du contrat, hormis les données sur la santé. (...). »

La demanderesse a en outre rempli le même jour un « questionnaire de santé pour assurances de personnes de la [...] », dont il ressort qu'à la question « avez-vous besoin ou prenez des médicaments ? », elle a répondu « oui », précisant que la prise de médicaments (« 1x jour [substitution hormonale]) était en lien avec une ménopause précoce diagnostiquée en 1992 et dont elle était guérie. A la question « quel médecin connaît le mieux votre état de santé ? », elle a répondu « Dr F. \_\_\_\_\_, [...] ». Enfin, elle a répondu « non » à toutes les autres questions figurant sur ce questionnaire.

**8.** Le contrat de prévoyance liée ainsi que le contrat d'assurance perte de gain ont été conclus par la demanderesse par l'entremise de la [...], D. \_\_\_\_\_, qui est une entreprise individuelle inscrite au registre du commerce depuis le [...] 1997, dont le siège se trouve à [...] et dont le but inscrit au Registre du commerce est « bureau d'assurances ».

**9.** Le 8 novembre 2005, la défenderesse a délivré à la demanderesse la police du contrat de prévoyance liée, laquelle mentionnait ce qui suit :

« **Police n° ...]1.189.446**  
(...)

**Durée du contrat**

Date début contrat 28.10.2005  
Date fin contrat 27.10.2020  
(...)

<b>Nos prestations contrat</b>	<b>Somme</b>	<b>Plan de participation</b>	<b>Durée du</b>
------------------------------------	--------------	----------------------------------	-----------------

Rente annuelle (sans garantie de tarif) en cas d'incapacité de gain par suite de maladie ou d'accident de la personne assurée pendant la durée du contrat. Délai d'attente rente 24 mois La libération de prime est incluse. Délai d'attente libération des primes 3 mois	CHF 30'000.00	SP	du 28.10.2005 au 27.10.2020
---	---------------	----	--------------------------------

<b>Récapitulation des primes</b>	<b>Prime annuelle</b>	<b>Durée du paiement</b>
----------------------------------	-----------------------	--------------------------

Rente en cas d'incapacité de gain	CHF 1'209.60	du 28.10.2005 au 27.10.2018
Frais fixes	CHF 70.00	du 28.10.2005 au 27.10.2018
(...)		

**Conditions générales** Font partie intégrante de cette police les conditions générales : AVB G Edition 24 juin 2005, ER Edition 24 juin 2005

**Lieu et date...** [...], le 8 novembre 2005

L. \_\_\_\_\_ SA(...)

Si la teneur de la police ou des avenants ne concorde pas avec les conventions intervenues, le preneur d'assurance doit en demander la rectification dans les quatre semaines à partir de la réception de l'acte, faute de quoi la teneur en est considérée comme acceptée. ».

Les conditions générales d'assurance « AVB G Edition 24 juin 2005 », intégrées au contrat, prévoyaient notamment ce qui suit :

« (...)

L'assureur est L. \_\_\_\_\_ SA, ci-après « L. \_\_\_\_\_ SA », dont le siège est à [...].

(...)

## **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. (...)

Des conventions particulières ne sont valables qu'après avoir été approuvées par écrit par notre siège à [...].

(...)

## **5 Pouvez-vous vous retirer du contrat avant l'échéance ?**

Le preneur d'assurance peut se retirer de toute obligation, sans justification, dans les 14 jours à partir du moment où il a eu connaissance de la conclusion du contrat. La lettre de dénonciation doit être adressée à L. \_\_\_\_\_ SA, [...].

(...)

## **8 Que faut-il entendre par accident et par maladie ?**

(...)

Est réputée maladie toute atteinte à la santé que subit involontairement la personne assurée, qui ne constitue pas un accident et n'est pas due aux suites d'un accident.

## **9 Qui reçoit les prestations d'assurance ?**

C'est vous qui avez droit aux prestations d'assurance en qualité de preneur de prévoyance.

(...)

## **10 Comment faire valoir les prétentions d'assurance ?**

Notre société doit être immédiatement informée de la survenance d'un événement assuré.

(...) En cas d'invalidité, un rapport médical, le questionnaire d'incapacité de gain, ainsi qu'une procuration nous permettant d'obtenir des renseignements auprès des assurances sociales et des médecins traitants doivent nous être remis.

(...)

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.

(...)

## **16 A qui la correspondance est-elle adressée ?**

### **1. Vos communications**

Vous êtes prié(e) d'envoyer vos communications par écrit au siège de L. \_\_\_\_\_ SA à [...], à l'adresse suivante:

L. \_\_\_\_\_ SA, ...]

[...](...)

### **18 Quel est le for ?**

Les ayants droit ou les personnes assurées peuvent formuler leurs actions en justice relatives à leur contrat d'assurance devant le tribunal compétent à [...] ou à leur domicile en Suisse.

(...) ».

Les conditions complémentaires « ER Edition 24 juin 2005 », intégrées au contrat, prévoyaient notamment ce qui suit :

« (...)

L'assureur est L. \_\_\_\_\_ SA, ci-après « L. \_\_\_\_\_ SA », dont le siège est à [...].

### **1 Quelles sont nos prestations ?**

Si la personne assurée devient incapable d'exercer une activité lucrative pendant la durée du contrat, nous lui allouons les prestations prévues dans la police.

(...)

### **2 Quand y a-t-il incapacité de gain ?**

Il y a incapacité de gain si, par suite d'accident ou de maladie objectivement constatée par un médecin, la personne assurée n'est plus en mesure d'exercer sa profession ou une autre activité lucrative raisonnablement exigible (incapacité de travail) et qu'il en résulte un préjudice financier. Le degré de l'incapacité de l'assuré à exercer sa profession ou ses activités précédentes est déterminé sur la base de certificats et d'expertises médicaux. La possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures de réadaptation est également examinée. Sera considérée comme activité lucrative pouvant être raisonnablement exercée par l'assuré, une activité qui correspond à ses capacités et à sa situation sociale, même si les connaissances nécessaires doivent préalablement être acquises par le biais d'une reconversion professionnelle.

(...)

### **4 Quelles sont les bases de calcul servant à déterminer l'incapacité de gain ?**

(...)

2. Pour les indépendants et pour les personnes ayant des revenus variables ou irréguliers, la moyenne du revenu soumis à l'AVS sert de base pour déterminer la perte de gain. Les trois années calendaires précédant la survenance de l'incapacité de travail sont déterminantes.

(...)

### **5 Comment est déterminé le degré de l'incapacité de gain ?**

Pour calculer la perte de gain, le revenu de la personne assurée acquis avant la survenance de l'incapacité de travail est comparé avec le revenu qu'elle acquiert encore après la survenance de l'incapacité de gain ou qu'elle pourrait acquérir sur un marché du travail équilibré. (...)

### **6 Comment le montant des prestations est-il déterminé ?**

Les prestations se calculent en fonction du degré de l'incapacité de gain. Une incapacité de gain partielle inférieure à 25 % ne donne droit à aucune prestation d'assurance. Si l'incapacité de gain s'élève à plus de 70 %, nous allouons les prestations dans leur totalité.

(...)

### **9 Quand nos prestations sont-elles exigibles ?**

Nous allouons nos prestations à l'expiration du délai d'attente convenu.

Les rentes sont payables trimestriellement et à terme échu (en fonction du jour de référence pour le début de l'assurance). Nous versons une rente partielle pour la période s'étendant du moment de l'expiration du délai d'attente jusqu'à la fin du trimestre d'assurance correspondant.

### **10 Jusqu'à quand nos prestations sont-elles allouées ?**

Nos prestations sont allouées aussi longtemps que l'incapacité de gain dure et que la personne assurée est en vie. En cas de décès, le remboursement des rentes échues n'est pas exigé. Les prestations d'incapacité de gain sont toutefois versées au plus tard jusqu'à la date d'échéance du contrat prévue dans la police, respectivement jusqu'à la date à laquelle l'assurance peut au maximum être prolongée.

### **11 Que se passe-t-il lorsque le degré de l'incapacité de gain se modifie ?**

La personne assurée est tenue de nous communiquer immédiatement toute modification du degré de son incapacité de gain.

Nous nous réservons le droit de faire réexaminer en tout temps et à nos frais l'incapacité de gain, à l'occasion de quoi d'autres mesures que celles stipulées au chiffre 3 peuvent entrer en considération. Si le degré d'invalidité s'est modifié, nous adaptons en conséquence les prestations d'assurance.

Si, dans un délai de quatre semaines à compter de notre sommation intervenue avec l'indication des conséquences qu'entraînent le défaut, d'éventuelles modifications du degré d'incapacité de gain ne nous sont pas annoncées, ou si le droit de consultation du dossier AI, des dossiers d'autres assureurs ou d'autres organes mandatés par nos soins, des rapports médicaux et de la déclaration fiscale tel que stipulé au chiffre 3 nous est refusé, ou si la personne assurée se soustrait au réexamen de son incapacité de gain, le droit aux prestations d'incapacité de gain s'éteint.  
(...) ».

La demanderesse n'a pas contesté avoir reçu les conditions générales d'assurance précitées.

**10.** En avril 2008, la demanderesse a appris qu'elle était atteinte d'une sclérose en plaques de forme secondaire progressive.

**11.** Le 21 avril 2008, dans un rapport médical adressé au Dr J.\_\_\_\_\_, la Dresse G.\_\_\_\_\_, médecin à [...], spécialiste FMH en neurologie, a notamment écrit ce qui suit:

« (...)

Elle a aussi remarqué depuis quelques années une diminution de sensibilité de la plante de ses pieds (attribuée par elle-même à l'application d'un anti-transpirant), et elle décrit aussi des paresthésies de ceux-ci, ainsi qu'un certain manque d'équilibre apparu de façon progressive, si bien qu'elle a dû stopper en 2003 la danse qu'elle pratiquait régulièrement de longue date. (...)

A noter qu'elle avait déjà présenté en 2001 un épisode transitoire de parésie des membres inférieurs prédominant à G décrite comme atypique sur le rapport de l'IRM lombaire effectué à ce moment-là et associée à des lombalgies chroniques, examen qui avait révélé une discopathie pluri-étagée de L3 à S1, sévère en L4-L5 mais sans hernie ni conflit radiculaire.

Madame V.\_\_\_\_\_ se plaint aussi depuis un à deux ans de l'apparition de paresthésies péribiliaires constantes, d'une tendance à la diplopie horizontale vespérale (antécédents de strabisme opéré à deux reprises dans l'enfance), (...). L'anamnèse révèle aussi d'anciens épisodes de vertiges rotatoires qui entraînaient d'importantes difficultés à la marche, et duraient quelques jours, et une sensation de fatigue apparue dès l'âge de 20 à 25 ans. Je vous rappelle que cette logopédiste est semble-t-il connue pour une anomalie chromosomique (translocation 13 et X) ayant entraîné des

troubles hormonaux en particulier gynécologiques (cycles anovulatoires, insuffisance de développement ovarien), et qu'elle a été traitée dans l'adolescence, à la suite du divorce de ses parents, pour décompensation psychotique et tocs.

(...)

Les données de l'anamnèse et de l'examen clinique, la constatation de plusieurs lésions hyperintenses à l'IRM médullaire, ainsi que la présence d'une synthèse intrathécale de gammaglobulines dans le LCR confirme chez Madame V.\_\_\_\_\_ le diagnostic de sclérose en plaques, probablement de forme secondaire progressive (une poussée anamnestique, suivie d'un développement progressif des troubles depuis 3 à 4 ans pour le moins). (...). »

**12.** Depuis le 22 avril 2008, la demanderesse a été en incapacité de travail à 50% du fait de sa sclérose en plaques.

**13.** Le 23 mai 2008, dans un rapport médical adressé au Dr J.\_\_\_\_\_, la Dresse G.\_\_\_\_\_ a notamment relevé ce qui suit :

« (...)

Je vous signale finalement que je me suis permis de prolonger l'arrêt de travail à 50 % jusqu'à fin juin afin de permettre la mise en route du traitement cité ci-dessus dans les meilleures conditions possibles. Rappelons par ailleurs que le repos est un des premiers traitements de la SEP (ndlr : sclérose en plaques) et qu'une diminution temporaire de l'activité professionnelle ne pourra qu'être bénéfique à Madame V.\_\_\_\_\_. Une reprise de son travail à 100 % dans le courant de l'été sera sans doute possible, bien entendu en l'absence de nouvelles poussée de sa maladie, comme la patiente est logopédiste et qu'il n'y a pas actuellement de lésions certaines chez elle au niveau cérébral.

(...) ».

**14.** Le 23 juin 2008, le Dr J.\_\_\_\_\_ a établi à l'attention de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après : Office AI) un « rapport médical pour l'examen du droit d'une personne assurée adulte à des mesures pour une réadaptation professionnelle », rédigé sur un formulaire pré-imprimé. Sous la rubrique « diagnostics avec effet sur la capacité de travail », il a mentionné « sclérose en plaque probablement de forme secondaire progressive » existant « probablement depuis 2004-2005 (éventuellement 2001) ». Sous la rubrique « diagnostics sans effet sur la capacité de travail », il a mentionné « stérilité et tendance boulimique ;

état anxio-dépressif récidivent [sic] dans le cadre d'une personnalité à trait masochique et status après abus sexuel dans la petite enfance » existant depuis « actuellement - jeunesse ». Le Dr J.\_\_\_\_\_ a fait état d'un traitement ambulatoire par ses soins depuis le 5 novembre 2001 et d'un dernier contrôle effectué le 10 juin 2008. Il a fait part du pronostic suivant :

« Impossible de se déterminer actuellement mais le diagnostic récent et l'anamnèse permettent de suspecter un début de maladie datant de 2005, peut-être 2001 déjà. L'évolution est imprévisible et il me semble juste d'initier un dossier AI au vu de la possibilité de progression de la maladie et de limitation de facultés professionnelles ».

**15.** Dans un rapport médical du 3 juillet 2008 adressé à l'Office AI, la Dresse G.\_\_\_\_\_ a précisé que la sclérose en plaques de forme secondaire progressive existait probablement depuis 2003 mais qu'elle avait été diagnostiquée au mois d'avril 2008, que la demanderesse souffrait d'une anomalie chromosomique (translocation 13 et X) et qu'elle avait des antécédents sur le plan psychique. Elle a également relevé que la capacité de travail de la demanderesse était limitée à 50% depuis le 22 avril 2008 et qu'elle le serait «probablement à long terme».

**16.** Le 12 septembre 2008, dans un rapport médical destiné au médecin-conseil de X.\_\_\_\_\_SA dans l'optique de déterminer la couverture d'assurance de cette dernière sur le plan de l'assurance perte de gain, le Dr J.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il avait suivi régulièrement la demanderesse à partir du mois de novembre 2001, que celle-ci souffrait de «dysthymie et antécédent de crise panique dans le cadre d'un status après abus dans l'enfance ; trouble du comportement alimentaire modéré (crise boulimique) ; status après stérilité avec ménopause précoce (suivie par le Dr S.\_\_\_\_\_ à [...]) ; antécédent de suspicion de jambes sans repose, non confirmée par la suite». Il a ajouté que la demanderesse avait bénéficié d'un traitement associant un anti-dépresseur à des anxiolytiques, ainsi que d'un traitement cognitivo-comportemental pour les troubles alimentaires et anxieux et n'a relevé « aucun arrêt de travail

entre novembre 2001 et mai 2008, date du diagnostic récent de sclérose en plaques ».

**17.** A la fin de l'année 2008, des difficultés se sont présentées entre la demanderesse et X.\_\_\_\_\_SA au sujet de la couverture d'assurance perte de gain. En particulier, par courrier du 18 décembre 2008 à la demanderesse, X.\_\_\_\_\_SA a déclaré notamment ce qui suit :

« (...)

Au vu de la teneur des nouveaux rapports médicaux qui nous sont parvenus et des explications que vous nous apportez dans votre lettre, nous renonçons à invoquer la réticence pour les traitements médicaux relatifs aux symptômes précurseurs de la sclérose en plaques. En effet, nous admettons que ces faits pouvaient ne pas être considérés comme importants et à ce titre vous n'étiez pas tenue de les mentionner dans le questionnaire de santé.

(...). »

**18.** Le 1<sup>er</sup> juillet 2009, la demanderesse a rempli, à la demande de la défenderesse, un formulaire intitulé « questionnaire sur l'incapacité de gain ». La demanderesse a remis ce questionnaire à la défenderesse par courrier du 2 juillet 2009. Il en ressort notamment ce qui suit :

« (...)

**Cause de l'incapacité de gain/travail**

En cas de maladie (diagnostic)	début	22/04/08
-----------------------------------	-------	----------

Nature de la maladie : sclérose en plaques  
(...)

**Durée et degré de l'incapacité de travail (inaptitude à exercer la profession)**

50%	du 22/04/08
-----	-------------

(...)

Durée et évolution probables de l'incapacité de travail : pas d'amélioration possible

Perspectives de reprise de l'activité professionnelle : aucune perspective de reprise à plus de 50%

Possibilité de modifications professionnelles/reconversion : aucune

### Traitement médical

Début du traitement traitants (...)	Fin du traitement	Médecins
-------------------------------------	-------------------	----------

février 2008 G. _____ (...)	/	Dresse
--------------------------------	---	--------

novembre 2001		Dr J. _____ (...)
---------------	--	-------------------

Lequel de ces médecins peut-il donner des renseignements sur toute l'évolution de la maladie (...)?

Dresse G. \_\_\_\_\_ : neurologue.

Quelles autres compagnies s'occupent également de l'incapacité de gain/travail :

x l'assurance-invalidité fédérale (AI) (...)

D'autres assurances

Nom et adresse...] L. \_\_\_\_\_ SA (assurance et prévoyance)

(...)

N° de police/de dossier (...) ».

sinistre : n° [...]

Le numéro de sinistre mentionné dans le questionnaire correspondait à celui qui avait été utilisé dans le cadre du dossier ouvert auprès de X. \_\_\_\_\_ SA au sujet de l'assurance perte de gain.

Le questionnaire était accompagné d'une « procuration/levée du secret médical » signée le 1<sup>er</sup> juillet 2009 par la demanderesse.

Par courrier du 7 juillet 2009, la défenderesse a accusé réception du questionnaire sur l'incapacité de gain et l'a informée du fait qu'elle avait demandé à l'Office AI de lui remettre son dossier AI.

**19.** Par courrier du 15 juillet 2009, reçu le 16 juillet 2009, l'Office AI a remis à la défenderesse le dossier AI de la demanderesse.

**20.** Par courrier du 21 juillet 2009, la défenderesse a indiqué ce qui suit à X. \_\_\_\_\_ SA:

« (...)

Madame V. \_\_\_\_\_ est assurée auprès de notre compagnie contre le risque d'invalidité dans le cadre du 3<sup>ème</sup> pilier.

Afin d'évaluer le droit aux prestations d'assurance, nous vous prions de bien vouloir nous fait parvenir une copie de vos documents médicaux, protocoles, copies des décomptes d'indemnités journalières, copie de vos communications, mesures et décisions futures.

Dans le cas où vous seriez déjà en possession d'une expertise médicale ou en train d'en prévoir une, nous vous prions de bien vouloir nous faire parvenir une copie.

Nous joignons à la présente la procuration nécessaire.

(...) ».

**21.** Par courrier du 23 juillet 2009, la défenderesse a demandé au Dr J. \_\_\_\_\_ de remplir un questionnaire relatif à l'état de santé de la demanderesse.

Par courrier du 30 juillet 2009, le Dr J. \_\_\_\_\_ a retourné le questionnaire à la défenderesse, mentionnant ce qui suit :

« (...)

1. Début de votre traitement?

Votre réponse: cf. rapport déjà en votre possession du 20.03.2009 ainsi que lettre au Dr [...] des 12 septembre et 11 novembre 2008. La patiente est suivie à mon cabinet depuis novembre 2001. Mais elle n'était pas connue jusqu'en 2008 pour son affection neurologique actuelle.

2. Durée de votre traitement (dates exactes)?

Votre réponse: Mme V. \_\_\_\_\_ souffre principalement d'une sclérose en plaques de forme secondaire progressive, suivie par la Dresse G. \_\_\_\_\_, neurologue à [...]. Dans mon cabinet, la patiente bénéficie d'un suivi pour état anxio-dépressif récidivant et antécédent boulimique.

Quelques troubles digestifs non spécifiques. Je suis la patiente depuis 2001 jusqu'à actuellement pour ces dernières affections.

3. A quel moment les premiers symptômes sont apparus?

Votre réponse: cf. rapport de mars 2009. La patiente a présenté des symptômes non spécifiques dès 2000. Mais avec diagnostic de SEP uniquement en 2008.

4. A quelle date Madame V. \_\_\_\_\_ a-t-elle été mis au courant du diagnostic?

Votre réponse: La patiente a été informée par la Dresse G. \_\_\_\_\_ aux environs de mars-avril 2008.

5. Madame V. \_\_\_\_\_ a-t-elle été en traitement chez vous pendant la période du 1<sup>er</sup> octobre 2000 au 28 octobre 2005? Si oui, veuillez nous indiquer les dates des consultations ainsi que le(s) diagnostic(s).

Votre réponse: cf. rapport déjà en votre possession comme je vous l'ai dit, je suis la patiente depuis novembre 2001, dans le cadre d'un état anxio-dépressif qui n'est pas lié à son affection neurologique actuelle et n'a pas mené à une incapacité de travail. Elle bénéficiait durant cette période d'un ttt (ndlr : traitement) médicamenteux et thérapie cognitivo-comportementale. Le rythme des consultations variait entre 1x / semaine et 1x tous les 1 à 2 mois.

6. L'assurée jouissait-elle pendant la période susmentionnée de sa pleine capacité de travail? Si non, veuillez nous indiquer la cause, la durée et le degré en % de l'incapacité de travail.

Votre réponse: Oui la patiente travaillait à 100% durant toute cette période.

7. Avez-vous prescrit des médicaments pendant la période du 1<sup>er</sup> octobre 2000 au 28 octobre 2005? Si oui, quand et lesquels, posologie?

Votre réponse: La patiente a bénéficié d'un ttt associant anti-dépresseurs (Seropram puis Fluoxétine) associé à des ttt de cpr Hova pour le sommeil et parfois de Stilnox et éventuellement d'anxiolytique diurne (Relaxane). Actuellement la patiente reste au bénéfice de ttt léger permettant de stabiliser son humeur (toujours cpr Hova, Fluoxétine) entre 1 et 2 cpr selon l'humeur.

(...). »

**22.** Par courrier du 23 juillet 2009, la défenderesse a demandé au Dr S. \_\_\_\_\_ de remplir un questionnaire relatif à l'état de santé de la demanderesse.

Par courrier du 3 août 2009, le Dr S. \_\_\_\_\_ a retourné le questionnaire à la défenderesse, mentionnant ce qui suit :

« (...)

1. Début de votre traitement?

Votre réponse: 06.06.1995

2. Durée de votre traitement (dates exactes)?

Votre réponse: 06.06.1995 --> 18.03.2004

3. A quel moment les premiers symptômes sont apparus?

Votre réponse 1980 ENVIRON

4. A quelle date Madame V. \_\_\_\_\_ a-t-elle été mis au courant du diagnostic?

Votre réponse: 06.06.1995

5. Madame V. \_\_\_\_\_ a-t-elle été en traitement chez vous pendant la période du 1<sup>er</sup> octobre 2000 au 28 octobre 2005? Si oui, veuillez nous indiquer les dates des consultations ainsi que le(s) diagnostic(s).

Votre réponse: PAT. SUIVIE ± REGULIEREMENT DE 1995 A 2004.

DIAG: AMENORRHE SECONDAIRE - TRANSLOCATION 46 (XX, t (X; 13))

6. L'assurée jouissait-elle pendant la période susmentionnée de sa pleine capacité de travail ? Si non, veuillez nous indiquer la cause, la durée et le degré en % de l'incapacité de travail.

Votre réponse: OUI

7. Avez-vous prescrit des médicaments pendant la période du 1<sup>er</sup> octobre 2000 au 28 octobre 2005 ? Si oui, quand et lesquels, posologie ?

Votre réponse: OUI, DIFFERENTS TRAITEMENTS OESTRO-PROGESTATIFS QUASI TOUS MAL SUPPORTES. DERNIERE PRESCRIPTION 2003 (...). »

**23.** Par courrier recommandé du 30 juillet 2009, la défenderesse a résilié le contrat d'assurance de prévoyance liée de la demanderesse, invoquant une réticence au sens de l'art. 6 LCA. Ce courrier relève notamment ce qui suit :

« (...)

Nous nous référons à votre dossier AI que nous avons reçu le 16 juillet 2009. Sur la base de ces documents médicaux, nous prenons position comme suit :

Selon le rapport médical du Dr J. \_\_\_\_\_ du 23 juin 2008, vous avez souffert des maladies suivantes :

- Sclérose en plaque probablement de forme secondaire progressive, probablement depuis 2004 à 2005, voire même depuis 2001.
- Etat anxio-dépressif récidivant dans le cadre d'une personnalité à trait masochiste depuis votre adolescence et statut après abus sexuel dans la petite-enfance.
- Vous avez bénéficié d'un suivi endocrinologique par le Dr S. \_\_\_\_\_ depuis 2000.

Dans la lettre du 21 avril 2008 de la Dresse G. \_\_\_\_\_ adressée au Dr J. \_\_\_\_\_, nous avons pris connaissance que vous avez subi un examen par l'IRM et avez déjà présenté en 2001 des atteintes à la santé suivantes :

- Episode transitoire de parésie des membres inférieurs prédominant à gauche.
- Lombalgie chronique.
- Discopathie pluri-étagée de L3 à S1, sévère en L4-L5 mais sans hernie ni conflit radiculaire.

De plus, vous avez une anomalie chromosomique (translation 13 et X) ayant entraîné des troubles hormonaux en particulier gynécologiques qui a été traitée durant votre adolescence.

Dans la lettre du 23 mai 2008 de la Dresse G. \_\_\_\_\_ adressée au Dr J. \_\_\_\_\_, nous avons pris note que vous avez présenté des affections suivantes :

Importantes fatigues avec dysesthésies des membres inférieurs, d'une durée de 2 à 3 semaines.

En outre, le document médical rédigé en juin 2008 par la dresse G. \_\_\_\_\_, nous avons relevé les éléments suivants :

- Forme rémittente de sclérose en plaques probablement dès l'âge de 20 à 25 ans, non diagnostiquée.
- Sclérose en plaques de forme secondaire progressive, probablement depuis 2003, diagnostiquée en 2008.
- Anomalie chromosomique depuis la naissance.
- Antécédents de décompensation sur le plan psychique depuis l'adolescence.

En signant la proposition d'assurance le 28 octobre 2005, vous avez répondu de manière inexacte ou incomplète aux questions suivantes :

Question n° 13 Présentez-vous actuellement une affection quelconque ?

Votre réponse : Non

Question n° 17.1 Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de l'une des maladies mentionnées ci-dessous ? Si oui, indiquer les détails.

Votre réponse : Oui, V) Ménopause précoce  
Dresse [...], gynécologue, Hôpital [...]

Question n° 17.2 Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de quelque autre trouble que ce soit ?

Votre réponse : Non

Question n° 17.3 Avez-vous été traitée par un médecin ?

Votre réponse : Non

Question n°18 Afin de poser ou de préciser un diagnostic, avez-vous déjà dû vous soumettre à des examens ou traitements particuliers tels que : Imagerie par résonance magnétique (IRM), autres examens ou traitements non mentionnés ci-dessous.

Votre réponse : b) Mammographie  
e) Ultrason

Dresse [...], gynécologue, Hôpital[...], ménopause précoce

Si nous avions eu connaissance de ces faits, nous n'aurions pas conclu ce contrat.

Sur la base des informations en notre possession, vous avez donc omis de déclarer ou inexactement déclaré un fait important que vous connaissiez ou deviez connaître, et cela bien que votre attention ait été attirée dans le formulaire de proposition d'assurance sur les conséquences d'une réticence.

Au vu de ce qui précède, vous avez commis une réticence au sens de l'art. 6 de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA) et nous nous voyons, par conséquent, dans l'obligation de résilier le contrat.

Puisqu'il existe un lien de causalité entre les indications inexactes figurant dans le formulaire de proposition ou les faits passés sous silence et l'évènement assuré, L.\_\_\_\_\_SA est ainsi libérée de toute obligation de verser des prestations.

Nous vous prions donc de bien vouloir nous retourner la police originale  
n° ...]1'189'446 au moyen de l'enveloppe réponse ci-jointe.

En ce qui concerne les primes payées et non consommées, notre service client vous contactera afin de procéder à son remboursement.  
(...). »

**24.** Par courrier du 7 août 2009 à la défenderesse, la demanderesse a contesté la résiliation de son contrat d'assurance de prévoyance liée. En annexe à ce courrier, elle a notamment remis à la défenderesse une copie du courrier du 18 décembre 2008 par lequel X.\_\_\_\_\_SA avait déclaré renoncer à invoquer la réticence.

**25.** Par courrier du 28 août 2009, la défenderesse a demandé au Dr F.\_\_\_\_\_, médecin généraliste à [...], de remplir un questionnaire relatif à l'état de santé de la demanderesse.

Par courrier du 31 août 2009, le Dr F.\_\_\_\_\_ a retourné le questionnaire à la défenderesse, mentionnant ce qui suit :

« (...)

1. Début de votre traitement?

Votre réponse: 13.01.1994 au 05.08.2005

Pas revue depuis.

96 et 98 lombalgies banales.

2. Durée de votre traitement (dates exactes)?

Votre réponse: Voir Dr [...] pour analyse résultat IRM pour SEP

3. Madame V.\_\_\_\_\_ a-t-elle été en traitement chez vous pendant la période du 1<sup>er</sup> octobre 2000 au 28 octobre 2005? Si oui, veuillez nous indiquer les dates des consultations ainsi que le(s) diagnostic(s).

Votre réponse:

Mars 1998: gastro-entérite

déc. 1998: angine à streptocoques

1999: sinusite

mai 2000 à juillet 2000 Etat dépressif avec épuisement

2001 lombalgies chroniques

8.11.2000 Etat de fatigue d'origine x.

5.01.2001 Pharyngite

27.01.2001 Lombosciatalgies avec parésies atypiques du MIG.

4. L'assurée jouissait-elle pendant la période susmentionnée de sa pleine capacité de travail? Si non, veuillez nous indiquer la cause, la durée et le degré en % de l'incapacité de travail.

Votre réponse:

Pas signé d'AT (ndlr : arrêt de travail) durant cette période-là.

5. Avez-vous prescrit des médicaments pendant la période du 1<sup>er</sup> octobre 2000 au 28 octobre 2005? Si oui, quand et lesquels, posologie?

Votre réponse:

nov. 2000: Mydocalm 1 cpr le soir. Biovigor 10ml le matin

janv. 2001: Nisulid 1cpr 2x/j. Locaviotal spray 2-3x/j.

Pas de prescription pour le problème de dos.

6. Le résultat des éventuels examens (IRM, radiographie, électrocardiogramme, etc.) effectués pendant la période du 1<sup>er</sup> octobre 2000 au 28 octobre 2005?

Votre réponse:

Rapport annexé de l'IRM

Pas d'autre investigation.

7. A quelle date Madame V. \_\_\_\_\_ a-t-elle été mis(e) au courant du diagnostic?

Votre réponse: janvier 2001.

(...). »

Le Dr F. \_\_\_\_\_ a annexé à son courrier une copie du rapport de l'IRM subi par la demanderesse le 30 janvier 2001. Il en ressort notamment ce qui suit :

« (...)

COLONNE CERVICALE:

Indication: Cervicalgies chroniques.

Lombalgies chroniques avec parésies atypiques au niveau des membres inférieurs en particulier du côté gauche.

(...)

Conclusion:

Discopathie sévère L4-L5 sans hernie d'accompagnement mais qui engendre une dégénérescence graisseuse de l'os sous-chondral des plateaux adjacents au disque.

Discopathie très modérée L3-L4 et L5-S1. Diamètre du canal lombaire sp.

(...). »

**26.** Par courrier du 9 septembre 2009 à la demanderesse, la défenderesse a maintenu la position exprimée dans son précédent courrier du 30 juillet 2009.

**27.** Par décision rendue le 11 septembre 2009, l'Office AI a mis la demanderesse au bénéfice d'une rente d'invalidité à 50% avec effet au 1<sup>er</sup> avril 2009.

**28.** Le 8 juillet 2010, un commandement de payer a été notifié à la défenderesse, sur réquisition de la demanderesse, dans le cadre de la poursuite n° [...] de l'Office des poursuites du district de Nyon. Ce commandement de payer portait sur un montant de 500'000 fr. avec intérêt à 5% l'an dès le 30 juillet 2009. Il y était mentionné ce qui suit sous la rubrique « titre de la créance ou cause de l'obligation » :

« Prestations d'assurances (rentes annuelles et libération des primes) liées à la police de prévoyance liée no 1.189.446 délivrée le 8 novembre 2005 à Mme V.\_\_\_\_\_ suite à son incapacité de gain ».

**29.** Par mémoire de demande du 18 novembre 2010, V.\_\_\_\_\_ a pris, avec suite de dépens, les conclusions suivantes :

« I.-

La résiliation du 30 juillet 2009 par la L.\_\_\_\_\_SA de la police de prévoyance liée no 1.189.446 conclue le 8 novembre 2005 en faveur de V.\_\_\_\_\_ est nulle et de nul effet.

II.-

L.\_\_\_\_\_SA est tenue au paiement à V.\_\_\_\_\_ d'une rente annuelle de CHF 30'000 dès le 22 avril 2010 jusqu'au 27 octobre 2020, sous réserve d'une modification du taux d'incapacité, avec intérêt à 5% l'an à compter de l'échéance de chaque rente.

III.-

Dès le 22 juillet 2008, V.\_\_\_\_\_ est libérée du service des primes de la police de prévoyance liée no 1.189.446 conclue le 8 novembre 2005 auprès de L.\_\_\_\_\_SA. »

Par mémoire de réponse du 14 février 2011, la défenderesse a conclu, avec suite de frais et dépens, au rejet de la demande.

Le 6 février 2012, la demanderesse a produit un mémoire de réplique, confirmant les conclusions prises dans sa demande du 18 novembre 2010.

Le 27 avril 2012, la défenderesse a produit un mémoire de duplique, confirmant les conclusions prises au pied de son mémoire de réponse du 14 février 2011.

Le 16 août 2012, la demanderesse s'est déterminée sur le mémoire de duplique, confirmant ses conclusions.

**30.** Une audience préliminaire s'est tenue le 23 novembre 2012 devant le Juge instructeur de la Cour civile du Tribunal cantonal (ci-après : le Juge instructeur). La conciliation, tentée, n'a pas abouti.

**31.** Une audience d'instruction s'est tenue le 18 avril 2013 devant le Juge instructeur. A cette occasion, il a été procédé aux auditions des témoins M.\_\_\_\_\_, employée de commerce auprès de la défenderesse, D.\_\_\_\_\_, agent général, et du Dr J.\_\_\_\_\_, celui-ci ayant valablement été délié du secret médical par la demanderesse.

Le témoin D.\_\_\_\_\_ a expliqué que son agence avait un statut indépendant et était active dans tous les domaines d'assurances du groupe [...]. Il a exposé que l'agent n'avait pas la compétence d'accepter le risque notamment sur le plan médical, que c'était la direction qui prenait la décision de le faire ou non, que l'agence contrôlait notamment si la proposition était remplie et complète, qu'elle avait pour rôle de réceptionner les propositions d'assurance, de gérer l'encaissement des primes et l'administration générale des polices. En cas de sinistre, c'était la direction de [...] à [...] qui était responsable en ce qui concernait l'assurance « non-vie » de personnes et la direction de L.\_\_\_\_\_SA à [...] en ce qui concernait le domaine « vie ». L'agence de [...] était informée des décisions prises par la défenderesse s'agissant des contrats qu'elle avait permis de conclure à cette dernière. S'agissant d'assurances de personnes, l'annonce d'un sinistre faite à l'agence était transmise à la direction. Hormis pour certains montants, c'était la direction qui gérait et s'occupait de l'intégralité du sinistre, comme par exemple dans le cas de troubles neurologiques. S'agissant des assurances vie, l'agent de [...] n'avait aucune compétence, même pas celle de réceptionner l'annonce du sinistre ; il n'introduisait donc aucune donnée et ne faisait que transmettre la correspondance à la direction. En général, les clients s'adressaient directement à [...] car l'entête figurait sur les documents. Le témoin a expliqué qu'en l'espèce, l'agence avait ouvert le dossier et que celui-ci avait ensuite été repris par la direction compte tenu de l'importance du sinistre. Si l'agent général avait accès aux données informatiques, de même que ses collaborateurs, il n'avait toutefois pas accès aux renseignements médicaux. Il était en mesure de savoir s'il y avait une réserve mais non de savoir quelle était son étendue ni quel était son objet. En cas de sinistre, la défenderesse informait l'agent de l'évolution du

dossier d'un assuré dont il s'était occupé, mais l'agent ne recevait pas les rapports médicaux et autres documents s'agissant de l'état de santé de l'assuré, ne traitait pas le dossier du sinistre et n'avait d'ailleurs plus de document auprès de lui.

Quant au témoin Dr J.\_\_\_\_\_, il a notamment déclaré que, lorsqu'il avait été consulté par la demanderesse en 2001, il n'y avait pas de pathologie déclarée, qu'il n'y avait pas eu de traitement lié à des troubles neurologiques et que ces troubles avaient disparu sans traitement. A l'époque, il n'était nullement envisageable qu'il s'agisse de signes d'une sclérose en plaques.

**32.** En cours d'instance, une expertise a été confiée au Dr N.\_\_\_\_\_, ancien chef de clinique et médecin adjoint au CHUV, spécialiste FMH en neurologie, à Lausanne, qui a déposé son rapport le 31 mai 2013.

L'expert a relevé préliminairement, s'agissant des antécédents médico-chirurgicaux personnels de la demanderesse en dehors de la sclérose en plaques, que la demanderesse présentait un trouble gynécologique s'étant manifesté depuis l'âge de 18 ans environ, un état anxio-dépressif récurrent présent depuis sa jeunesse, des cervico-scapulalgies occasionnant possiblement quelques brefs arrêts de travail, des lombalgies depuis l'âge de 25-30 ans s'étant compliquées de sciatalgies ou de pseudo-sciatalgies qui avaient entraîné de brefs arrêts de travail, des troubles digestifs, des opérations pour strabisme sur un œil, une laparoscopie, une amygdalectomie et une bartholinite.

Selon l'expert, il ne faisait aucun doute que la demanderesse n'était pas au courant de son diagnostic de sclérose en plaques avant les mois de mars/avril 2008, mais il paraissait évident que les troubles présentés depuis 2001 et surtout 2006 étaient de nature à attirer son attention et lui faire suspecter l'existence d'un problème neurologique qu'elle n'avait pas mentionné dans le questionnaire de la défenderesse. Il considérait que cela pouvait relever d'une banalisation, d'un déni ou d'une intention volontaire de cacher le problème à l'assureur. Il ne faisait

également guère de doute à l'expert que la demanderesse avait présenté, outre son problème de stérilité, une atteinte récidivante du système locomoteur sous forme de rachialgies cervico-lombaires voire de sciatalgies et de scapulalgies droites à plusieurs reprises qui n'étaient pas mentionnées dans le questionnaire mais dont elle ne pouvait pas ignorer l'existence. L'expert a constaté que l'état anxio-dépressif récurrent de l'intéressée n'avait pas non plus été mentionné par la demanderesse dans le questionnaire.

L'expert a confirmé que la demanderesse avait subi une incapacité de travail à 50% du fait de sa sclérose en plaques et que dite incapacité de travail était uniquement liée à celle-ci. Dans la mesure où la demanderesse présentait d'importantes difficultés de déplacement liées à une atteinte pyramidale et cordonale postérieure ainsi que des troubles sphinctériens, cela justifiait cette incapacité de travail qui n'était pas susceptible d'être améliorée par des mesures de réadaptation ou d'autres moyens thérapeutiques.

Les problèmes anxio-dépressifs dont la demanderesse avait souffert depuis son enfance n'avaient aucun lien direct avec la maladie diagnostiquée au mois d'avril 2008. Par ailleurs, l'expert a relevé que ces troubles étaient actuellement objectivement d'importance modérée et n'entraînaient pas par eux-mêmes une incapacité de travail indépendamment des conséquences de la sclérose en plaques.

L'expert a observé que la ménopause précoce présentée par la demanderesse était liée à un problème de translocation génétique entre le chromosome X et le chromosome 13, et qu'en dehors de l'aménorrhée et de la stérilité, ce problème n'était pas de nature à entraîner des conséquences somatiques et professionnelles sur sa capacité de gain. En outre, la stérilité et l'anomalie génétique dont souffrait la demanderesse étaient sans lien quelconque avec la sclérose en plaques.

**33.** Une nouvelle audience d'instruction s'est tenue le 19 septembre 2013 devant le Juge instructeur. A cette occasion, il a été procédé à l'audition du témoin K.\_\_\_\_\_.

Il ressort des déclarations de K.\_\_\_\_\_ que celui-ci n'avait pas expliqué à la demanderesse à quoi servait le questionnaire rempli par la demanderesse le 28 octobre 2005, indiquant que ce n'était généralement pas la pratique, dès lors qu'il s'agissait d'un outil permettant à la défenderesse de se prononcer sur l'acceptation du risque. Il a expliqué qu'il lisait généralement clairement les questions au client en lui expliquant qu'il pouvait y avoir un refus de couverture ou un non-respect du contrat en se référant à la notion de réticence, ceci en des termes que le client pouvait comprendre, et notait clairement les réponses. Il a toutefois affirmé ne pas tout noter, un rhume ne pouvant par exemple pas avoir d'influence sur l'acceptation du risque, exposant en outre que c'était à l'agent d'assurance de savoir ce qui était important ou ne l'était pas.

**34.** L'expert Dr N.\_\_\_\_\_ a rendu un complément d'expertise le 12 novembre 2013.

Il a confirmé que la demanderesse avait présenté des troubles neurologiques d'importance variée durant la période de 2001 à 2007, même si ces derniers, quoique très probablement l'expression de la sclérose en plaques, ne pouvaient en eux-mêmes permettre à la demanderesse de soupçonner qu'elle souffrait d'une sclérose en plaques. Il a ajouté que la demanderesse avait présenté tout au long de son existence depuis 1976 des troubles neurologiques pour lesquels elle avait même consulté un neurologue en[...] en raison d'un épisode « d'endormissement/paresthésies/dysesthésie de l'hémiface droit » durant quelques semaines d'évolution favorable, symptomatologie fortement évocatrice d'une manifestation transitoire de sclérose en plaques fréquemment rencontrée dans ce type d'affection. La demanderesse avait ultérieurement noté la survenue de paresthésies digitales bilatérales pour lesquelles elle avait consulté à nouveau son médecin de famille. Si les troubles mentionnés ne pouvaient en eux-mêmes faire poser le diagnostic

de sclérose en plaques, ils étaient de nature à attirer l'attention de la demanderesse et de ses médecins dans l'idée qu'elle pourrait souffrir d'une sclérose en plaques et des investigations complémentaires dans ce sens auraient dû être pratiquées comme la Dresse G.\_\_\_\_\_ l'avait effectué dès qu'elle avait eu contact avec la demanderesse. L'expert a insisté sur le fait que, si la demanderesse ne se savait pas porteuse d'une sclérose en plaques avant le diagnostic formellement posé par la Dresse G.\_\_\_\_\_, ces troubles récurrents à caractère neurologique devaient au minimum attirer son attention sur la possibilité d'un trouble neurologique.

Selon l'expert, si la demanderesse avait soupçonné qu'elle était atteinte d'une affection neurologique grave, elle n'aurait certainement pas débuté une activité d'indépendante. Il a dès lors considéré que cet élément tendait à faire penser que la non-déclaration des troubles présentés préalablement à 2006 était vraisemblablement plus de l'ordre du déni que de la dissimulation d'un point de vue médical.

**35.** Le 11 mars 2014, les parties ont chacune déposé un mémoire de droit, confirmant leurs conclusions respectives.

### **En droit :**

**1.** **a)** Le jugement attaqué a été rendu le 5 septembre 2014, de sorte que les voies de droit sont régies par le CPC (Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008, RS 272) entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2011 (art. 405 al. 1 CPC ; ATF 137 III 130 ; Tappy, CPC commenté, Bâle 2011, nn. 5 ss ad art. 405 CPC). En revanche, dès lors que la demande a été déposée en 2010, c'est l'ancien droit de procédure qui s'applique jusqu'à la clôture de l'instance (art. 404 al. 1 CPC), notamment le CPC-VD (Code de procédure civile vaudoise du 14 décembre 1966, aujourd'hui abrogé).

**b)** L'appel est recevable contre les décisions finales de première instance (art. 308 al. 1 let. a CPC), dans les causes patrimoniales

pour autant que la valeur litigieuse, au dernier état des conclusions devant l'autorité inférieure, soit de 10'000 fr. au moins (art. 308 al. 2 CPC). L'appel, écrit et motivé, est introduit auprès de l'instance d'appel, soit la Cour d'appel civile (art. 84 al. 1 LOJV [loi vaudoise du 12 septembre 1979 d'organisation judiciaire ; RSV 173.01]) dans les trente jours à compter de la notification de la décision ou de la notification postérieure de la motivation (art. 311 al. 1 CPC).

L'appel a été interjeté en temps utile, par une partie qui y a un intérêt (art. 59 al. 2 let. a CPC), dans une cause patrimoniale dont la valeur litigieuse est supérieure à 10'000 fr., de sorte qu'il est recevable.

**2. a)** L'appel peut être formé pour violation du droit ou pour constatation inexacte des faits (art. 310 CPC). L'autorité d'appel peut revoir l'ensemble du droit applicable, y compris les questions d'opportunité ou d'appréciation laissées par la loi à la décision du juge et doit le cas échéant appliquer le droit d'office conformément au principe général de l'art. 57 CPC. Elle peut revoir librement l'appréciation des faits sur la base des preuves administrées en première instance.

Selon l'art. 317 al. 1 CPC, les faits et moyens de preuve nouveaux ne sont pris en compte que s'ils sont invoqués ou produits sans retard et ne pouvaient être invoqués ou produits devant la première instance bien que la partie qui s'en prévaut ait fait preuve de la diligence requise, ces deux conditions étant cumulatives. Il appartient à la partie qui s'en prévaut de démontrer que ces conditions sont réalisées, de sorte qu'elle doit indiquer spécialement de tels faits et preuves nouveaux et motiver spécialement les raisons qui les rendent admissibles selon elle (JT 2011 III 43 c. 2 et les références citées). Le législateur a ainsi opté pour une prise en compte restrictive des faits et moyens de preuve nouveaux tout comme des conclusions nouvelles en appel. Il s'agit de ne pas minimiser l'importance de la procédure en première instance, que les parties auraient tendance à « prendre à la légère » si elles pouvaient compléter en appel, sans restriction, des allégués ou offres de preuves insuffisants. Au contraire, avec le système mis en place par l'art. 317 CPC,

la partie qui aurait été négligente devant le premier juge en subira les conséquences puisque l'allégué, l'offre de preuve ou la conclusion nouvelle tardivement présentés seront déclarés irrecevables (Jeandin, CPC commenté, 2011, n. 1 ss ad art. 317 CPC).

En l'espèce, l'appelante requiert la production de directives de tarification ou tout autre document interne utilisé par l'intimée en octobre 2005 « pour tarifier les polices d'assurance-vie du type de celle [qu'elle] a conclue auprès [de l'intimée] et qui fait l'objet du présent litige ».

Il n'y a pas lieu de donner suite à cette réquisition de preuves, dès lors que ces pièces auraient pu être requises lors de la procédure de première instance et que l'appelante n'a pas démontré avoir fait preuve de la diligence requise au sens de l'art. 317 al. 1 CPC.

**3. a)** L'appelante soutient qu'il ne suffisait pas aux premiers juges de constater qu'elle avait commis une réticence au sens de l'art. 6 al. 1 LCA. Encore aurait-il fallu qu'ils examinent la question de savoir si, dans l'hypothèse où l'intimée avait connu les faits que l'appelante avait tus dans le questionnaire de santé, elle n'aurait pas néanmoins conclu le même contrat, éventuellement avec un supplément de prime ou avec des réserves. Pour l'appelante, les troubles psychiques ainsi que l'affection au rachis qu'elle n'a pas révélés ne constituaient pas des faits importants, de sorte qu'à supposer connus, ils n'auraient pas empêché l'intimée de conclure le même contrat.

**b/aa)** Aux termes de l'art. 4 LCA, le proposant doit déclarer par écrit à l'assureur, suivant un questionnaire ou en réponse à toutes autres questions écrites, tous les faits qui sont importants pour l'appréciation du risque tels qu'ils lui sont ou doivent lui être connus lors de la conclusion du contrat (al. 1). Sont importants tous les faits de nature à influencer sur la détermination de l'assureur de conclure le contrat ou de le conclure aux conditions convenues (al. 2). Sont réputés importants les faits au sujet desquels l'assureur a posé par écrit des questions précises, non équivoques (al. 3).

Les faits en question sont 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 ne s'agit donc pas seulement des facteurs du risque, mais aussi des circonstances qui permettent de conclure à l'existence de facteurs de risque (ATF 134 III 511 c. 3.3.2 ; ATF 116 V 218 c. 5a les références citées). Pour faciliter le processus décisionnel, l'art. 4 al. 3 LCA présume que le fait est important s'il a fait l'objet d'une question écrite de l'assureur, précise et non équivoque. Il ne s'agit cependant que d'une présomption que l'ayant droit peut renverser (ATF 136 III 334 c. 2.4 ; ATF 134 III 511 c. 3.3.4).

Pour renverser cette présomption, aucune preuve particulière n'est requise et il suffit par exemple que le contraire ressortisse à l'évidence. En outre, pour admettre le renversement de la présomption, on ne saurait se montrer trop exigeant. Certes, il n'appartient pas au proposant de déterminer – à la place de l'assureur – quels éléments sont pertinents pour apprécier le risque et une certaine rigueur est de mise. 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. Ainsi, la jurisprudence a admis que 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 116 II 338 c. 1b et les arrêts cités). 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, il faut se demander si l'assureur, dans l'hypothèse où la vérité lui aurait été dite, 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, ce qui constitue une question de droit (ATF 126 III 10 c. 2b ; ATF 136 III 334 c. 2.4 ; sur le tout : TF 9C\_532/2014 du 23 octobre 2014 c. 4.1 ; Nef, Basler Kommentar, 2001, n. 54 et 55 ad art. 4 LCA).

**bb)** Selon l'art. 6 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 (al. 1). Le droit de résiliation s'éteint quatre semaines après que l'assureur a eu connaissance de la réticence (al. 2). Si le contrat prend fin par résiliation en vertu de l'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 ; dans la mesure où il a déjà accordé une prestation pour un tel sinistre, l'assureur a droit à son remboursement (al. 3).

Le texte légal (art. 6 al. 3 LCA) soumet ainsi les effets de la réticence sur les sinistres déjà survenus à la condition que le fait tu ait influé sur la survenance ou l'étendue du sinistre. En d'autres termes, il doit exister un rapport de causalité entre ce fait et le sinistre (Nef/von Zedtwitz, Basler Kommentar, Nachführungsband, 2012, n. 5 ad art. 6 LCA ; Brulhart, Droit des assurances privées, 2008, n. 478 p. 217).

Cette règle n'est toutefois en vigueur que depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006 et ne s'applique pas aux contrats d'assurance conclus antérieurement (Nef/von Zedtwitz, op. cit., n. 1 ad art. 6 LCA ; Brulhart, op. cit., pp. 227-228), qui demeurent régis par l'art. 6 aLCA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2005 et qui était la suivante : « [s]i celui qui devait faire la déclaration a, lors de la conclusion du contrat, omis de déclarer ou inexactement déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître (réticence), l'assureur n'est pas lié par le contrat, à condition qu'il s'en soit départi dans les quatre semaines à partir du moment où il a eu connaissance de la réticence ».

L'art. 6 aLCA fait ainsi abstraction d'un rapport de causalité entre le fait tu et la survenance du sinistre. Il s'ensuit que la seule omission de révéler un fait d'importance permet à l'assureur de refuser

ses prestations, même si elle a été sans lien avec le sinistre (Nef/von Zedtwitz, op. cit., n. 1 ad art. 6 LCA).

**c)** En l'espèce, les premiers juges ont constaté que l'appelante avait passé sous silence le fait qu'elle avait souffert de discopathies et d'un état dépressif connus alors que ces problèmes de santé avaient fait l'objet d'une question expresse de l'assureur. Ils ont considéré que la communication d'informations à ce sujet aurait eu un effet sur la volonté de contracter de l'intimée, dès lors que celle-ci « n'aurait pas manqué d'étudier ces éléments en détail afin d'évaluer les éventuels risques d'incapacités de travail ultérieures » et que les faits non révélés étaient « importants et de nature à influencer sur la volonté de [l'intimée] de conclure » (jugement entrepris, p. 48). La détermination de la volonté hypothétique de l'intimée étant une question de droit, elle peut être examinée en deuxième instance.

L'intimée a soumis à l'appelante en octobre 2005 une proposition d'assurance lui garantissant une rente annuelle en cas d'incapacité de gain, notamment pour cause de maladie. Depuis 2001, l'appelante avait notamment été suivie par le Dr J.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, pour des problèmes anxio-dépressifs. Si elle n'avait pas été mise en incapacité de travail pour cette affection, elle avait en revanche reçu un traitement associant un anti-dépresseur à des anxiolytiques ainsi qu'un traitement cognitivo-comportemental pour les troubles alimentaires et anxieux, l'état anxio-dépressif étant considéré comme récidivant. Le rythme des consultations avait alors varié entre une fois par semaine et une fois tous les un à deux mois. En janvier 2001, elle avait subi un IRM, qui avait révélé une discopathie sévère à l'origine de cervicalgies et lombalgies chroniques, pour lesquelles elle avait été traitée par le Dr F.\_\_\_\_\_, médecin généraliste. Comme l'a relevé l'expert judiciaire, aucune des affections précitées n'a été mentionnée par l'appelante dans le questionnaire de santé qui lui a été soumis par l'intimée.

Contrairement à ce que laisse entendre l'appelante, de telles affections n'avaient rien d'anodin et se trouvaient directement en relation

avec un risque d'incapacité de travail occasionnée par une dépression ou un mal de dos. L'appelante ne saurait minimiser l'importance des troubles psychiques dont elle a souffert au motif qu'elle n'aurait pas consulté un psychiatre, puisque son médecin généraliste lui a prescrit des antidépresseurs et qu'à dire d'expert, il s'agissait d'un « état anxio-dépressif récurrent depuis sa jeunesse » (jugement entrepris, p. 34). Elle cite à mauvais escient un arrêt rendu par le Tribunal fédéral le 28 septembre 2001 dans la cause 5C.186/2000, dans lequel il a été considéré qu'un léger état dépressif ayant appelé six consultations auprès d'un médecin psychiatre sans médication pouvait être passé sous silence, puisqu'elle a bénéficié elle-même d'un nombre nettement plus important de consultations et a subi une médication durant une longue durée. Elle ne peut pas non plus tirer argument de ce qu'elle exerce la profession de logopédiste pour minimiser ses troubles du rachis, puisque notoirement ceux-ci provoquent des incapacités de travail dans toutes les professions. Cela étant, il faut admettre que les affections de l'appelante non révélées à l'intimée correspondaient à des faits « de nature à influencer sur la détermination de l'assureur de conclure le contrat ou de le conclure aux conditions convenues » au sens de l'art. 4 al. 2 LCA. Contrairement à ce que plaide l'appelante, rien ne justifie de renverser la présomption de l'art. 4 al. 3 LCA, selon lequel « sont réputés importants les faits au sujet desquels l'assureur a posé par écrit des questions précises, non équivoques », puisqu'elle a été invitée par écrit par l'intimée à s'exprimer dans le questionnaire de santé au sujet des affections dont elle avait souffert et qu'à dire d'expert, elle a tu certaines d'entre elles.

Contrairement à ce que laisse entendre l'appelante, il n'incombe pas au juge de rechercher à quelles conditions particulières, augmentation de prime ou réduction de la couverture, l'intimée aurait le cas échéant conclu le contrat si elle avait été informée de manière véridique et complète au sujet de l'état de santé antérieur de sa cocontractante. Il suffit en effet que la possibilité existe qu'en cas d'information complète, l'assureur n'ait pas conclu le contrat ou l'ait conclu à des conditions différentes et qu'un lien de causalité hypothétique puisse être vu entre l'omission de l'assuré et la décision de l'assureur de

conclure aux conditions convenues. On peut dès lors se borner à constater qu'un tel lien est réalisé en l'espèce sans devoir procéder à une rénovation du contrat.

L'appelante fait enfin valoir à mauvais escient que les affections qu'elle n'a pas révélées sont sans lien avec la pathologie neurologique qui l'amène à réclamer des prestations à l'intimée, dès lors que l'art. 6 aLCA, applicable en l'espèce, fait abstraction de l'exigence d'un rapport de causalité entre le fait tu et la survenance du sinistre.

**4.** Il s'ensuit que l'appel doit être rejeté selon le mode procédural de l'art. 312 al. 1 CPC et le jugement entrepris confirmé.

Les frais judiciaires de deuxième instance, arrêtés à 1'320 fr. (art. 62 al. 1 TFJC [tarif des frais judiciaires civils du 28 septembre 2010 ; RSV 270.11.5]), sont mis à la charge de l'appelante, qui succombe (art. 106 al. 1 CPC).

Il n'y a pas lieu à l'allocation de dépens, l'intimée n'ayant pas été invitée à se déterminer.

Par ces motifs,  
la Cour d'appel civile du Tribunal cantonal,  
p r o n o n c e :

- I.** L'appel est rejeté.
- II.** Le jugement est confirmé.
- III.** Les frais judiciaires de deuxième instance, arrêtés à 1'320 fr. (mille trois cent vingt francs) sont mis à la charge de l'appelante V.\_\_\_\_\_.

**IV.** L'arrêt motivé est exécutoire.

Le président :

Le greffier :

Du 20 février 2015

Le dispositif de l'arrêt qui précède est communiqué par écrit aux intéressés.

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié en expédition complète, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Anne-Sylvie Dupont (pour V. \_\_\_\_\_)
- Me Muriel Vautier (pour L. \_\_\_\_\_ SA)

La Cour d'appel civile considère que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 francs.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière civile devant le Tribunal fédéral au sens des art. 72 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral - RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Dans les affaires pécuniaires, le recours en matière civile n'est recevable que si la valeur litigieuse s'élève au moins à 15'000 fr. en matière de droit du travail et de droit du bail à loyer, à 30'000 fr. dans les autres cas, à moins que la contestation ne soulève une question juridique de principe (art. 74 LTF). Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Cet arrêt est communiqué, par l'envoi de photocopies, à :

- la Cour civile du Tribunal cantonal

Le greffier :