

**COUR D'APPEL CIVILE**

---

---

Arrêt du 31 janvier 2022

---

Composition : Mme GIROUD WALTHER, présidente  
Mme Crittin Dayen et M. Perrot, juges  
Greffière : Mme Logoz

\*\*\*\*\*

**Art. 4, 6, 45 LCA**

Statuant sur l'appel interjeté par **N.**\_\_\_\_\_, à [...],  
demanderesse, contre le jugement rendu le 3 novembre 2020 par le  
Président du Tribunal civil de l'arrondissement de Lausanne dans la cause  
divisant l'appelante d'avec **J.**\_\_\_\_\_, à [...], défenderesse, la Cour d'appel  
civile du Tribunal cantonal considère :

**En fait :**

**A.** Par jugement du 3 novembre 2020, dont les considérants écrits ont été adressés pour notification aux conseils des parties le 10 mai 2021, le Président du Tribunal civil de l'arrondissement de Lausanne a rejeté les conclusions prises par N.\_\_\_\_\_ dans sa demande du 19 septembre 2019 contre J.\_\_\_\_\_ (I), a admis partiellement les conclusions reconventionnelles prises par la défenderesse contre la demanderesse dans sa réponse du 15 janvier 2020 (II), a dit que la demanderesse avait commis une réticence lors de la conclusion du contrat ayant pour objet la police de prévoyance liée n° [...] du 11 janvier 2011 (III), a dit qu'en conséquence, la défenderesse n'était pas liée par la police de prévoyance liée n° [...] (IV), a mis les frais judiciaires, arrêtés à 4'000 fr., à la charge de la demanderesse (V), a dit que la demanderesse rembourserait à la défenderesse la somme de 250 fr. versée au titre de son avance de frais judiciaires (VI), a dit que la demanderesse verserait à la défenderesse la somme de 4'500 fr. à titre de dépens (VII) et a rejeté toutes autres ou plus amples conclusions (VIII).

En droit, le premier juge a retenu qu'en répondant par la négative à la question 2 contenue dans la déclaration de santé du 23 décembre 2010 à l'attention de la défenderesse, à savoir si elle souffrait ou avait souffert au cours des cinq années précédentes de troubles de la santé, la demanderesse avait commis une réticence au sens de l'art. 6 LCA (loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 ; RS 221.229.1). En effet, il ressortait du questionnaire AI rempli par le Dr P.\_\_\_\_\_ le 2 juillet 2018 que la demanderesse avait, dès l'enfance, développé un trouble de l'attachement ayant eu des répercussions sur son mode de relation aux autres et sur sa relation à la nourriture avec boulimie dès l'âge de sept ans et qu'elle avait développé plusieurs épisodes dépressifs majeurs, soit en 1989 à la naissance de sa fille, en 2000 lors de la pose d'un by-pass, en 2006 à la séparation d'avec son mari où des attaques de panique avaient commencé, en 2010 lors du départ de

sa fille unique du domicile familial, en 2012 au décès de son père et en 2015 des suites d'un accident. Ces troubles ressortaient également du rapport complémentaire du 16 novembre 2018 du Dr P. \_\_\_\_\_ destiné à l'AI, ainsi que du certificat médical que celui-ci avait établi le 17 décembre 2018 à l'attention de la défenderesse. Même si elle n'avait pas été médicamentée ou suivie lors des épisodes dépressifs sévères antérieurs à 2017, la demanderesse ne pouvait donc ignorer de bonne foi qu'elle était sujette à des troubles psychiatriques nombreux et récurrents remontant pour certains à l'enfance, et qui s'étaient répétés régulièrement tout au long de l'adolescence, puis de l'âge adulte, la gravité de son état de santé l'ayant d'ailleurs finalement conduite à une invalidité totale reconnue par l'AI.

Quant au rapport du Dr B. \_\_\_\_\_ à l'attention de l'assurance perte de gain de l'employeur, moins affirmatif quant à l'existence d'antécédents psychiatriques de la demanderesse avant la survenue en novembre 2017 de symptômes dépressifs et réactionnels au décès de sa mère, le premier juge a considéré qu'il devait être apprécié avec circonspection, au vu notamment de certaines incohérences et du manque d'investigations relevées notamment par le Dr P. \_\_\_\_\_. La demanderesse se devait dès lors de renseigner l'assurance correctement, ce qu'elle n'avait pas fait, en particulier concernant les attaques de panique survenues en 2006 et diagnostiquées par le Dr P. \_\_\_\_\_, ainsi que l'épisode dépressif sévère de 2010, également mentionné à plusieurs reprises dans les rapports dudit thérapeute. Ce faisant, elle avait tu des faits importants, de nature à influencer sur la détermination de la défenderesse à conclure le contrat ou à le conclure à certaines conditions. En conséquence, le premier juge a rejeté les conclusions prises par la demanderesse, tandis que la conclusion reconventionnelle de la défenderesse tendant à ce qu'il soit constaté que la demanderesse avait commis une réticence a été admise. Au surplus, l'autorité intimée a retenu que la défenderesse avait eu une connaissance complète de tous les éléments de la réticence après avoir consulté le dossier AI de la demanderesse, de sorte qu'en faisant usage de son droit de résilier le contrat moins d'une semaine après avoir eu connaissance de ces éléments, la défenderesse avait agi en temps utile.

**B.** Par acte du 3 juin 2021, N.\_\_\_\_\_ a fait appel de ce jugement, en concluant, sous suite de frais et dépens, à la réforme des chiffres II et III de son dispositif dans le sens des conclusions modifiées à l'audience du 20 octobre 2020, à savoir que la défenderesse soit reconnue sa débitrice de la somme de 8'192 fr. 50 plus intérêts à 5% l'an dès le 1<sup>er</sup> juillet 2018, échéance moyenne (II) et qu'elle ne doive pas à la défenderesse les primes trimestrielles dès le 1<sup>er</sup> janvier 2019, cela en l'état jusqu'à la fin 2020, soit au total pour cette période 11'685 fr., dites primes étant à la charge de la défenderesse, pour autant que la demanderesse justifie son incapacité de gain (III). A titre subsidiaire, l'appelante a conclu à l'annulation du jugement et au renvoi de la cause en première instance.

Le 16 juin 2021, l'appelante a versé l'avance de frais requise à hauteur de 800 francs.

Le 17 août 2021, J.\_\_\_\_\_ a déposé une réponse au terme de laquelle elle a conclu au rejet de l'appel, sous suite de frais et dépens.

Le 25 août 2021, l'appelante a déposé une réplique spontanée par laquelle elle a confirmé intégralement les conclusions de son appel du 3 juin 2021.

Le 21 septembre 2021, l'intimée a déposé à son tour une duplique spontanée, confirmant les conclusions prises dans sa réponse du 17 août 2021.

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

**1.** J.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'intimée) est une société anonyme ayant son siège à [...], dont le but est « *l'exploitation par souscription directe ou par voie de réassurance de l'assurance sur la vie humaine* ».

**2. a)** Le 23 décembre 2010, N. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'appelante), née le [...] 1960, a rempli et signé une proposition d'assurance sur la vie, à l'entête et à l'attention de l'intimée. Les prestations assurées étaient les suivantes : capital de 81'891 fr. en cas de vie au 31 décembre 2023 ou de décès du 1<sup>er</sup> janvier 2011 au 31 décembre 2023 ; en cas d'incapacité de travail, libération du paiement des primes de l'ensemble du contrat après un délai d'attente de 3 mois. La prime annuelle s'élevait à 6'582 fr., la première fois le 1<sup>er</sup> janvier 2011 et la dernière fois le 1<sup>er</sup> janvier 2023. Il était prévu que son paiement soit fractionné par trimestre.

Le même jour, l'appelante a également rempli et signé une déclaration de santé sur formulaire de l'intimée, contenant notamment les questions suivantes, auxquelles l'appelante a répondu par la négative :

« (...)

2. *Souffrez-vous actuellement ou avez-vous souffert au cours des 5 dernières années de troubles de la santé ou des suites d'une maladie, d'une infirmité, d'une affection congénitale ou d'un accident ?*
3. *Etes-vous actuellement ou avez-vous été au cours des 5 dernières années en traitement ou sous contrôle médical ?*
4. *Prenez-vous actuellement ou avez-vous pris au cours des 5 dernières années régulièrement des médicaments ?*
5. *Votre capacité de travail est-elle actuellement réduite ou a-t-elle dû être interrompue pour des raisons de santé pendant plus de 4 semaines au cours des 5 dernières années ? (Si incapacité actuelle, degré :... %)*
6. *Avez-vous subi au cours des 5 dernières années des examens (radiographies, ECG, test du SIDA, analyse d'urine ou de sang, etc.) dont le résultat a révélé une anomalie ?*

(...) »

A la question « *Nom, prénom, adresse complète du médecin qui connaît le mieux votre état de santé* », l'appelante a mentionné la Dresse [...] et a indiqué que sa dernière consultation avait eu lieu en septembre 2010 pour un check up « *En ordre* ».

**b)** Le 11 janvier 2011, à la suite de ces formalités, l'appelante et l'intimée ont conclu une police de prévoyance liée n° [...], dont le

contenu correspond à celui de la proposition d'assurance sur la vie du 23 décembre 2010.

En raison du fractionnement des primes annuelles, payables trimestriellement la première fois le 1<sup>er</sup> janvier 2011 et la dernière fois le 1<sup>er</sup> octobre 2023, celles-ci ont été portées à 1'694 fr. 90, soit 6'779 fr. 60 par année.

La police d'assurance stipule que les conditions d'assurance applicables sont les conditions générales, édition du 1<sup>er</sup> décembre 2010, dont le chiffre 1.13 intitulé « *Justification des prétentions* » précise à l'alinéa 2 ce qui suit :

*« En cas d'incapacité de travail, respectivement de gain, vous devez nous l'annoncer au plus tard après l'expiration du délai d'attente contractuel le plus court. En cas d'annonce tardive, si la notification est faite après l'échéance du délai d'attente contractuel, le droit aux prestations naît à partir de la date d'annonce. »*

Le chiffre 1.14 relatif aux "Communications" dispose que toute communication que l'assuré est tenu d'effectuer doit être faite par écrit et n'est juridiquement valable qu'à sa réception au siège de la Compagnie. Les communications à des agents, à des intermédiaires ou à des tiers à l'attention de la Compagnie ne sont notifiées que lorsqu'elles ont été remises au siège de la Compagnie.

**3. a)** Le 30 mai 2018, l'appelante a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité pour adulte auprès de l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : l'office AI).

Le 7 juin 2018, l'office AI a demandé à l'appelante de lui procurer divers documents, dont une copie du certificat de famille et du jugement de divorce. Malgré ses rappels des 12 juillet, 2 août et 11 septembre 2018, l'appelante n'a pas réagi.

Le 25 juin 2018, [...] SA à [...], employeur de l'appelante depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2006, a rempli à l'attention de l'office AI un

questionnaire concernant l'intéressée. Il y était annexé un document relatif aux absences de cette dernière depuis le début de l'année 2017, faisant état de 138 jours ou demi-journées d'absence, soit 1'151.15 heures entre le 9 février 2017 et le 28 mai 2018.

**b)** Le 2 juillet 2018, le Dr P.\_\_\_\_\_, psychiatre psychothérapeute FMH au [...] à [...], a complété un questionnaire de l'office AI concernant l'appelante. Ce praticien suit l'appelante depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2016 avec Z.\_\_\_\_\_, psychologue-psychothérapeute FSP déléguée.

Dans ce questionnaire, il est indiqué que les dernières consultations avec l'appelante remontent au 29 mai et 26 juin 2018. S'agissant de sa situation médicale, il est précisé notamment ce qui suit :

*« Dès l'enfance, la patiente a développé un trouble de l'attachement ayant eu des répercussions sur son mode de relation aux autres (trouble de la personnalité) mais également sur sa relation à la nourriture (boulimie dès 7 ans).*

*(...)*

*La patiente a traversé plusieurs épisodes dépressifs majeurs :*

- A la naissance de sa fille en 1989*
- En 2000 lors de son bypass*
- En 2006 à la séparation d'avec son ex-mari, période à laquelle les attaques de panique sont apparues*
- En 2010 au départ du domicile familial de sa fille unique*
- Au décès de son père en 2012*
- Des suites d'un accident en 2015 »*

En ce qui concerne le diagnostic, il est mentionné en particulier un trouble de la personnalité borderline (F60.31), un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), un trouble panique sans agoraphobie (F41.0) et un trouble des conduites alimentaires non spécifié avec vomissements (F50.3).

**c)** Par téléphone du 13 août 2018 à l'agence de [...] de l'intimée, l'appelante a fait savoir qu'elle subissait une incapacité de travail. Le témoin W.\_\_\_\_\_, employée de commerce au service de

l'intimée, a déclaré que des documents avaient été envoyés le même jour en courrier A à l'appelante, dont notamment un certificat médical à remplir par son médecin traitant et une déclaration de sinistre à remplir par l'appelante.

Le 11 septembre 2018, l'office AI s'est directement adressé à l'administration communale pour obtenir l'acte d'origine que l'appelante ne lui avait pas fourni selon demande du 7 juin 2018.

Dans une note du 25 septembre 2018, un collaborateur de l'office AI s'est référé à un entretien téléphonique avec l'appelante, laquelle avait répondu en larmes, en s'excusant et expliquant qu'elle n'allait pas bien, qu'elle souffrait d'attaques de panique et qu'elle allait voir le Dr P.\_\_\_\_\_.

**d)** Le 16 novembre 2018, le Dr P.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_ ont répondu à un questionnaire complémentaire de l'office AI, confirmant, en ce qui concerne la situation médicale de l'appelante, les épisodes dépressifs majeurs survenus en 1989, 2000, 2006, 2010, 2012 et 2015, dont il était précisé qu'ils n'avaient pas été traités. S'agissant du pronostic sur la capacité de travail de l'appelante, il demeurait réservé. Quant à son potentiel de réadaptation, il était mentionné que les troubles étaient à ce moment décompensés, de sorte qu'ils faisaient obstacle à une réadaptation de l'appelante.

**e)** Le 17 décembre 2018, le Dr P.\_\_\_\_\_ a complété un « *certificat médical en cas d'incapacité de travail ou de gain* » à l'entête de l'intimée, concernant l'état de santé de l'appelante. Sous la rubrique « *Cause de l'incapacité de travail/gain* », il était mentionné « *maladie* », le diagnostic étant le suivant :

« F60.31 Tr personnalité émotionnellement labile  
F33.2 Tr dépressif récurrent, épisode moyen à sévère  
F41.0 Tr panique sans agoraphobie  
F50.3 Tr des conduites alimentaires

Date de l'apparition des premiers symptômes :

F60.31 dès l'âge de l'adolescence  
F33.2 janvier 2018 pour l'épisode actuel  
F41.0 janvier 2018 pour l'actuel épisode, dès l'enfance  
F50.3 dès l'enfance »

Sous la rubrique « *Observations* », le Dr P.\_\_\_\_\_ a relevé « *Irritabilité, pleurs, anxiété, labilité de l'humeur, hypersensibilité à la critique et au regard de l'autre, perte d'élan vital, ralentissement psychomoteur, tendance au passage à l'acte.* »

La rubrique « *Traitement médical* » mentionne en outre que la première consultation remontait au 9 septembre 2016 et qu'une psychothérapie en bifocale était en cours, associée à un traitement médicamenteux. Le Dr P.\_\_\_\_\_ a répondu par la négative à la question d'une hospitalisation de l'appelante. Il a attesté d'une incapacité de travail de l'appelante à 100% du 8 janvier 2018 au 22 janvier 2019, précisant qu'une reprise de travail n'était pas prochainement prévue, la patiente étant « *décompensée* ». Il a indiqué qu'il y avait peu d'évolution, que le pronostic demeurait réservé et qu'il était impossible de se prononcer sur la durée de l'incapacité de travail (permanente ou temporaire).

**f)** Le 15 janvier 2019, l'appelante a rempli et signé un formulaire à l'entête de l'intimée intitulé « *Déclaration de l'assuré en cas d'incapacité de travail ou de gain* », dans lequel elle a notamment indiqué que le début de la maladie, qu'elle qualifiait de « *burn out dépression* », remontait au 1<sup>er</sup> novembre 2017 et qu'elle avait consulté le Dr P.\_\_\_\_\_. Elle a ajouté qu'elle était employée comme comptable auprès de [...] SA à [...] et qu'elle souffrait de « *Problème de concentration, oublie [sic] dans la tête, maux de tête* ».

Le témoin W.\_\_\_\_\_ a expliqué que le siège de l'intimée avait reçu le 15 janvier 2019 le certificat médical du médecin, mais pas les documents à remplir par l'appelante, soit la déclaration de sinistre. Le témoin a dit avoir adressé un rappel à l'appelante le 17 janvier 2019 et reçu le 14 février 2019 le document en question, daté du 15 janvier 2019.

**g)** Par courrier du 18 février 2019, afin de lui permettre de prendre position sur le droit aux prestations, l'intimée a demandé à l'office AI de lui transmettre le dossier de l'appelante pour consultation, soit les pièces médicales et fiscales et les éventuels rapports.

Par envoi du 22 février 2019, l'office AI a transmis à l'intimée le dossier de l'appelante sous forme de CD.

**4.** Le 27 février 2019, l'intimée a adressé un courrier recommandé à l'appelante, ainsi libellé :

**« Dossier : [...], Événement du 1<sup>er</sup> novembre 2017  
Preneur : N.\_\_\_\_\_, police n°[...]**

Madame,

Votre demande de prestations du 15.01.2019 nous est bien parvenue et a retenu toute notre attention. Vous mentionnez souffrir de dépression depuis le 01.11.2017.

Nous avons demandé votre dossier AI en consultation et il en ressort que vous avez souffert de troubles des conduites alimentaires, ce dès l'âge de 7 ans, de trouble panique sans agoraphobie, de trouble de la personnalité borderline, ainsi que de troubles dépressifs majeurs récurrents (1989, 2000, 2006, 2010, 2012, 2015).

C'est avec regret que nous constatons que vous n'avez pas répondu conformément à la vérité à la question B. 2 de la déclaration de santé signée le 23.12.2010, déclaration sur la base de laquelle le présent contrat a été établi.

Libellé de la question B 2 : "Souffrez-vous actuellement ou avez-vous souffert au cours des 5 dernières années de troubles de la santé ou des suites d'une maladie, d'une infirmité, d'une affection congénitale ou d'un accident ?"

Compte tenu de ce qui précède, nous nous voyons dans l'obligation d'invoquer la réticence au sens de l'art. 6 LCA et ne sommes, de ce fait, pas liés par ce contrat et nous voyons contraints de l'annuler au 28.06.2019.

A titre de geste commercial, et compte tenu du fait que ce contrat est en nantissement auprès de la [...] à [...], nous sommes disposés à remettre ce contrat en vigueur en y incluant la réserve médicale suivante :

*"les troubles psychiques de toutes natures et leurs suites, ne donnent pas droit à la libération du service des primes"*

Si vous acceptez cette proposition, nous vous laissons un **délai jusqu'au 13.03.2019** pour nous retourner la présente lettre munie de votre signature ainsi que du lieu et de la date.

Dans la négative, nous nous verrons dans l'obligation d'annuler le contrat et de vous verser la valeur de rachat au 28.02.2019 de CHF 49'093.90. Ce montant provenant d'une police de prévoyance liée, il devra être intégralement utilisé à des fins de prévoyance et être versé sur un compte conforme à l'OPP3.

Nous regrettons d'avoir à prendre une telle décision et vous présentons ; Madame, nos salutations distinguées. »

Le délai au 13 mars 2019 a été prolongé à la requête de l'appelante successivement à fin mars, au 30 avril, au 15 mai et au 31 mai 2019.

L'intimée n'a jamais reçu de l'appelante sa lettre du 27 février 2019 contresignée pour accord.

**5. a)** Le 2 avril 2019, le Dr B.\_\_\_\_\_, psychiatre psychothérapeute FMH auprès d'[...] a établi, à l'attention du médecin conseil de la [...], soit l'assurance perte de gain maladie de l'employeur, un rapport d'expertise médicale psychiatrique de l'appelante, à la suite d'un entretien effectué le 1<sup>er</sup> avril 2019. Il y est précisé que le début de l'incapacité de travail de l'appelante remonte au 1<sup>er</sup> novembre 2017.

Ce rapport mentionne notamment que l'appelante travaille depuis 13 ans à 100% en tant qu'employée au service comptabilité de [...] SA. A la suite du décès de sa mère en novembre 2017 selon l'anamnèse, l'appelante a développé des symptômes anxieux et dépressifs réactionnels. Sous le chapitre « *Evolution des troubles psychiques* », le rapport mentionne notamment ce qui suit :

« (...)

*Au niveau personnel, on retient un "baby blues" et des baisses thymiques en 2000, suite à la pose d'un by-pass, ainsi qu'en 2012*

*suite au décès de son père, ayant nécessité des arrêts maladie pendant six semaines.*

*On ne retient pas d'autre antécédent psychiatrique avant la survenue, en novembre 2017, de symptômes anxieux et dépressifs réactionnels au décès de sa mère selon l'anamnèse. Dans ce contexte, elle a nécessité une prise en charge psychiatrique et psychologique, ainsi que des arrêts maladie à 100% à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2017.*

*L'explorée est au bénéfice d'une prise en charge spécialisée auprès du Docteur P.\_\_\_\_\_, psychiatre psychothérapeute FMH, depuis 2016, à raison d'une séance mensuelle.*

*L'investiguée est également au bénéfice d'un suivi psychologique auprès de Madame Z.\_\_\_\_\_, psychologue en délégation, à raison d'une séance hebdomadaire.*

*(...) »*

L'expert fait état à plusieurs reprises d'« *un épisode dépressif récurrent sévère, sans symptômes psychotiques, actuellement en rémission partielle* » (p. 14, 15, 16, 18 et 19 du rapport). Il précise qu'il s'agit, selon l'anamnèse, d'un trouble réactionnel de l'appelante au décès de sa mère et considère qu'à ce moment-là, l'épisode dépressif s'avère d'intensité moyenne, avec syndrome somatique.

Sous la rubrique « *Diagnostics* », l'expert indique également « *Episode dépressif récurrent sévère, sans symptômes psychotiques F33.2, actuellement en rémission partielle. Symptomatologie dépressive moyenne actuellement, avec syndrome somatique F33.11.* »

Dans le chapitre consacré aux questions de la compagnie d'assurance, l'expert a notamment répondu ce qui suit :

« (...) »

*D'un point de vue purement psychiatrique, nous ne retenons pas actuellement de limitations fonctionnelles aussi significatives comme auparavant (ralentissement psychomoteur sévère, troubles de la concentration), mais il existe des symptômes dépressifs encore présents, un risque de rechute dépressive et un ralentissement*

*psychomoteur modéré, dans le contexte de traits de la personnalité qui peuvent décompenser.*

(...)

*Tenant compte de l'ensemble du tableau clinique et en fonction de l'évolution actuelle, l'expert considère que la capacité de travail médico-théorique de l'investiguée d'un point de vue purement psychiatrique auprès d'un autre employeur ou du chômage, est nulle jusqu'au 30.04.2019 et de 100%, sans diminution de rendement, dès le 01.05.2019, mais ceci n'est pas certain. »*

**b)** Par courrier du 16 avril 2019 à la [...], le Dr P.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_ ont expliqué avoir revu l'appelante à plusieurs reprises depuis l'expertise précitée. Ils ont contesté les conclusions du Dr B.\_\_\_\_\_, notamment s'agissant d'une pleine capacité de travail dès le 1<sup>er</sup> mai 2019. En effet, l'appelante était toujours gravement déprimée et présentait un tableau symptomatique marqué notamment par une forte instabilité émotionnelle et des moments d'agitation psycho-motrice. Ils n'envisageaient pas une reprise prochaine du travail et relevaient également ce qui suit :

*« ce tableau, partiellement compatible avec le diagnostic de trouble dépressif récurrent posé par l'expert, intensité moyenne à sévère, diagnostic que nous avons également retenu, rend compte à notre avis d'un trouble de la personnalité borderline toujours décompensé, ce que l'expert n'a pas diagnostiqué. Il n'a également pas investigué un trouble panique, et un trouble alimentaire non spécifique présent depuis l'enfance.*

*En conclusion, nous estimons que l'incapacité de travailler est toujours complète et nous n'avons pas d'éléments laissant supposer un plein recouvrement de la capacité de travailler au 1<sup>er</sup> mai 2019. »*

**c)** Par courrier du 17 avril 2019 au Dr P.\_\_\_\_\_, le Dr T.\_\_\_\_\_, médecin SMR spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a traité le dossier AI de l'appelante, s'est dit « *surpris de voir que notre collègue expert préconisait une reprise du travail à 100% dès le lendemain de la fin de la longue incapacité totale de travail, prévue pour le 30.04.2019. Il ne m'a pas été possible de le suivre sur cette voie, et j'aurais donc besoin de votre avis médical pour préconiser une reprise plus*

*progressive, si tant est que cette reprise soit possible à la date du 01.05.2019. «*

**6.** Par courrier du 10 avril 2019 à l'intimée, le conseil de l'appelante a notamment contesté la réticence de sa cliente et, à titre subsidiaire, a demandé le maintien du contrat avec paiement des primes, y compris les excédents. Il a expliqué que l'appelante avait toujours travaillé à 100% pendant la période de 2005 à 2010, qu'elle avait vécu un divorce conflictuel en 2006 et qu'elle avait été plusieurs fois paniquée par des menaces que proférait son ex-mari, dont elle avait divorcé en 2010. Aucun diagnostic de dépression n'avait été formulé à cette époque, ni par la suite. Aucune absence pour maladie n'était intervenue entre 2005 et 2010. Le certificat du Dr P. \_\_\_\_\_ de décembre 2018 ne permettait dès lors pas de déduire qu'il y aurait eu des antécédents médicaux entre 2005 et 2010. Pour lui, les problèmes de l'appelante auraient commencé au décès de son père, le 26 mars 2012, puis de sa mère en novembre 2017, qui l'avaient conduite à un arrêt de travail.

Le 17 avril 2019, l'intimée a répondu au courrier du 10 avril 2019, en se référant aux documents contenus dans le dossier AI de l'appelante et en reprenant les diagnostics posés par les médecins, comme elle l'avait écrit dans son courrier du 27 février 2019. Elle a expliqué que l'assureur se devait d'être attentif et prudent lorsqu'il évaluait les risques liés aux maladies psychiques telles que celles dont l'appelante était affectée (troubles anxieux, de l'humeur, de l'adaptation, de la personnalité, le stress), par souci d'équité vis-à-vis de la communauté des assurés. Elle a précisé que *« pendant les 5 ans qui ont précédé la signature de la déclaration du 23.12.2010, ce sont les épisodes de 2006 et 2010 qui n'ont pas été déclarés. Si ceux-ci nous avaient été déclarés, nous aurions mis une réserve sur les troubles psychiques, ce même en l'absence d'incapacité de travail. »* Elle a par ailleurs relevé que le contrat de l'appelante ayant été nanti, elle formulait une contre-proposition sous la forme de l'inclusion d'une réserve, en maintenant sa position du 27 février 2019.

Par courrier du 9 mai 2019 à l'intimée, le conseil de l'appelante a contesté une nouvelle fois la réticence de sa cliente. Il a relevé, s'agissant de l'année 2006, qu'il y avait eu effectivement des problèmes conjugaux mais que sa cliente n'avait pas été atteinte dans sa santé, la preuve étant qu'elle avait travaillé auprès de son précédent employeur [...] jusqu'au 30 septembre 2006, et qu'elle avait commencé son nouvel emploi auprès de [...] SA dès le 1<sup>er</sup> octobre 2006, sans interruption.

Par courrier du 20 mai 2019, l'intimée a indiqué que la réticence invoquée se fondait sur les renseignements et l'anamnèse mentionnés dans les différents rapports médicaux versés au dossier, dont il ressortait que l'appelante avait souffert d'attaques de panique en 2006, fait qui aurait dû lui être déclaré, même en l'absence d'arrêt de travail. Cette déclaration faite, l'intimée aurait alors demandé des renseignements complémentaires et elle aurait alors appris que l'appelante avait déjà souffert de troubles de l'attachement et de troubles de la personnalité dans l'enfance ainsi que de troubles de l'alimentation (boulimie dès l'âge de 7 ans), tout comme d'épisodes dépressifs à la naissance de sa fille en 1989 et lors de la pose de son by-pass en 2000. Si tant est que l'appelante pouvait répondre par la négative à la question B. 5 relative à la réduction de sa capacité de travail, elle se devait de répondre par l'affirmative à la question B. 2.

Par courrier du 29 mai 2019, le conseil de l'appelante a confirmé sa position, réitérant qu'entre 2005 et 2010, il n'y avait eu aucun diagnostic médical ou arrêt de travail. Il a relevé que dans l'hypothèse où un diagnostic pouvait être posé sur une atteinte à la santé dont l'appelante aurait souffert à l'époque, elle n'en avait alors pas conscience, n'avait pas consulté de médecin et avait dès lors répondu de parfaite bonne foi au questionnaire de santé.

**7.** Par courrier du 29 octobre 2019, l'office AI a reconnu à l'appelante le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> décembre 2018, pour un degré d'invalidité de 100%. Ce service a notamment

constaté que depuis le 18 décembre 2017 (début du délai d'attente d'un an), elle avait présenté une incapacité de travail totale justifiée médicalement en raison de ses ennuis de santé et qu'aucune capacité de travail n'était exigible de sa part depuis cette date.

Par courrier du même jour, l'office AI a indiqué à l'appelante que compte tenu de son état de santé, son droit à un reclassement professionnel ou à une aide au placement était refusé.

Le 26 juin 2020, l'office AI a informé l'appelante que son degré d'invalidité reconnu à 100% n'avait pas varié et qu'elle continuait à bénéficier de la même rente. Du 1<sup>er</sup> janvier au 30 novembre 2019, cette rente s'est élevée à 2'237 fr. par mois.

**8. a)** Par demande du 19 septembre 2019, l'appelante a pris les conclusions suivantes :

- « I. Il est constaté que N.\_\_\_\_\_ n'a pas commis de réticence lors de la conclusion du contrat n° [...] auprès de J.\_\_\_\_\_.*
- II. J.\_\_\_\_\_ doit payer à N.\_\_\_\_\_ la somme de fr. 9'605.- (neuf mille six cent cinq francs) avec intérêt à 5% l'an dès le 1<sup>er</sup> décembre 2018, échéance moyenne.*
- III. N.\_\_\_\_\_ ne doit pas à la J.\_\_\_\_\_ la prime trimestrielle de fr. 1'695.- dès le 1<sup>er</sup> avril 2019 et, en l'état, jusqu'à fin 2019, soit au total pour cette période fr. 5'085.-, dite prime étant à la charge de J.\_\_\_\_\_, pour autant que N.\_\_\_\_\_ justifie son incapacité de gain.*
- IV. Acte est donné à N.\_\_\_\_\_ de sa réserve (action partielle, art. 86 CPC) pour la prime courant dès le 1<sup>er</sup> janvier 2020.*
- V. J.\_\_\_\_\_ doit rembourser à N.\_\_\_\_\_ les frais de la procédure de conciliation par fr. 360.- »*

**b)** Par réponse du 15 janvier 2020, l'intimée a conclu à libération des conclusions de la demande. Reconventionnellement, elle a pris les conclusions suivantes :

- « I. La demanderesse N.\_\_\_\_\_ a commis une réticence lors de la conclusion du contrat ayant abouti à la police de prévoyance liée n°[...], du 11 janvier 2011.*

**II.** *En conséquence, la défenderesse n'est pas liée par la police de prévoyance liée n°[...].*

**III.** *Cette police est nulle, annulée, et de nul effet. »*

**c)** A l'audience de jugement du 21 octobre 2020, l'appelante a modifié ses conclusions de la manière suivante :

*« II. modifié : La défenderesse doit payer à la demanderesse la somme de 8'192 fr. 50, plus intérêts à 5% l'an dès le 1<sup>er</sup> juillet 2018, échéance moyenne.*

*III. modifié : La demanderesse ne doit pas à la défenderesse les primes trimestrielles dès le 1<sup>er</sup> janvier 2019, cela en l'état jusqu'à fin 2020, soit au total pour cette période 11'865 fr., la suite étant sans changement.*

*IV. modifié : le 1<sup>er</sup> janvier 2020 devient le 1<sup>er</sup> janvier 2021. »*

L'intimée a conclu à libération des conclusions ainsi modifiées.

## **En droit :**

### **1.**

**1.1** Dans les affaires patrimoniales, l'appel est recevable contre les décisions finales de première instance 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. 1 let. a et al. 2 CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272]). L'appel, écrit et motivé, doit être introduit dans les trente jours à compter de la notification de la décision motivée (art. 311 al. 1 CPC).

**1.2** En l'espèce, interjeté en temps utile par une partie qui a un intérêt digne de protection (art. 59 al. 2 let. a CPC), dirigé contre une décision finale de première instance et portant sur des conclusions supérieures à 10'000 fr., l'appel est recevable.

**2.** L'appel peut être formé pour violation du droit ainsi que 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 (JdT 2011 III 43 consid. 2 et les réf. cit.) et vérifie si le premier juge pouvait admettre les faits qu'il a retenus (ATF 138 III 374 consid. 4.3.1 ; TF 4A\_238/2015 du 22 septembre 2015 consid. 2.2).

### **3.**

**3.1** L'appelante fait valoir une violation de l'art. 55 CPC en lien avec les allégués 48 à 58 de la réponse. Elle soutient que l'intimée a uniquement allégué ce que le Dr P.\_\_\_\_\_ indique dans son certificat médical du 17 décembre 2018 mais pas les faits allégués par ce praticien. L'existence effective d'épisodes dépressifs en 2006 et 2010 n'aurait ainsi

pas été alléguée à satisfaction de droit, de sorte que faute d'allégation et, corollairement, faute de preuve, les atteintes à la santé précitées n'auraient pas dû être retenues.

**3.2** Selon l'art. 55 al. 1 CPC, les parties allèguent les faits sur lesquels elles fondent leurs prétentions et produisent les preuves qui s'y rapportent. La caractéristique essentielle de la maxime des débats est l'obligation pour les parties d'alléguer les faits sur lesquels elles fondent leurs prétentions et de produire les preuves qui s'y rapportent. La conséquence et la sanction de cette obligation résident dans le fait que le tribunal ne pourra pas tenir compte dans son jugement des faits qui ne sont pas allégués et prouvés (TF 5A\_808/2018 du 15 juillet 2019 consid. 4.2, RSPC 2019 p. 523 ; Haldey, Commentaire romand, Code de procédure civile, 2<sup>e</sup> éd., 2019 [ci-après : CR-CPC], nn. 1 et 3 ad art. 55 CPC).

**3.3** D'un point de vue formel, le grief peut se discuter. En accord avec ce que soutient l'appelante, l'existence effective d'épisodes dépressifs en 2006 et 2010 n'a pas été alléguée, seul le contenu du certificat du Dr P. \_\_\_\_\_ ayant été allégué. On comprend néanmoins qu'à travers cette retranscription, la partie intimée a bien voulu alléguer l'existence effective d'épisodes dépressifs et considérer le contraire serait constitutif de formalisme excessif. D'ailleurs, le contenu de l'allégué 88, qui se réfère à la pièce 123 (dossier AI de l'appelante), est plus explicite que les allégués 48 à 58. La question souffre en tout état de cause de demeurer indécise, dès lors que même à considérer que les faits aient été correctement allégués, il y a lieu de retenir, comme la démonstration en est faite ci-après, qu'ils n'ont pas été prouvés à satisfaction.

#### **4.**

**4.1** Sur le fond, l'appelante fait d'abord valoir qu'objectivement, elle n'aurait pas été atteinte d'un trouble de la santé entre 2005 et 2010 et que, subjectivement, elle pouvait de bonne foi répondre en 2010 qu'elle n'était pas atteinte dans sa santé. Elle conteste dès lors avoir commis une réticence lorsqu'elle a rempli et signé la déclaration de santé du 23

décembre 2010, qui a conduit à la conclusion de la police de prévoyance liée n° [...], si bien que le premier juge aurait dû lui allouer ses conclusions tendant à ce que l'intimée soit reconnue sa débitrice d'un montant de 8'192 fr. 50 pour les primes payées selon elles à tort du 15 janvier 2018 au 31 mars 2019 et à ce que l'intimée doive prendre en charge les primes dès le 1<sup>er</sup> janvier 2019 (*recte* : 1<sup>er</sup> avril 2019), soit en l'état un montant de 11'865 fr. pour la période allant jusqu'à fin 2020.

**4.2** 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). Si, lors de la conclusion du contrat d'assurance, celui qui devait faire la déclaration a 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 (art. 6 LCA).

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 consid. 3.3.2 ; ATF 116 V 218 consid. 5a et 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 consid. 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 (TF 9C\_532/2014 du 23 octobre 2014 consid. 4.1 ; ATF 136 III 334 consid. 2.4 ; ATF 126 III 10 consid. 2b).

Selon la jurisprudence, il ne faut adopter ni un critère purement subjectif, ni un critère purement objectif pour juger si le proposant a violé ou non son obligation de renseigner, laquelle s'apprécie au demeurant sans égard à une éventuelle faute du preneur. Il faut tenir compte des circonstances du cas particulier, notamment des qualités (intelligence, formation, expérience) et de la situation du proposant. Ce qui est décisif, c'est de déterminer si et dans quelle mesure le proposant pouvait donner de bonne foi une réponse inexacte à l'assureur, selon la connaissance qu'il avait de la situation et, le cas échéant, selon les renseignements que lui avaient fournis des personnes qualifiées. Le proposant doit se demander sérieusement s'il existe un fait qui tombe sous le coup des questions de l'assureur ; il remplit son obligation s'il

déclare, outre les faits qui lui sont connus sans autre réflexion, ceux qui ne peuvent pas lui échapper s'il réfléchit sérieusement aux questions posées (TF 5C.101/2004 du 4 août 2004 consid. 2.1.3 et les arrêts cités ; Nef, Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, 2001, n. 26 ad art. 4 LCA). En d'autres termes, ce qui importe, ce n'est pas l'exactitude objective, mais l'exactitude subjective de la déclaration que le proposant est en mesure de faire à la lumière de sa situation personnelle (Nef, op. cit., n. 27 ad art. 4 LCA).

### **4.3**

**4.3.1** L'appelante soutient que la prétendue atteinte à sa santé, soit la dépression dont elle aurait souffert entre 2005 et 2010, ne serait mentionnée par le Dr P. \_\_\_\_\_ que de façon rétrospective (celui-ci suit l'appelante depuis le 9 septembre 2016), sans aucun appui sur une quelconque donnée médicale. En particulier, s'agissant des attaques de panique évoquées par ce médecin lors de la séparation de l'appelante d'avec son ex-mari en 2006, l'intimée n'aurait pas démontré – autrement que par une simple référence aux affirmations contestées du Dr P. \_\_\_\_\_ selon lesquelles cette panique correspondait à un trouble dépressif majeur – qu'il y aurait eu à cette époque un tel trouble, celui-ci n'ayant jamais été diagnostiqué ni n'ayant entraîné une quelconque conséquence quant à la capacité de travail. A titre de preuve, l'appelante invoque le fait qu'elle a travaillé auprès de son précédent employeur jusqu'au 30 septembre 2006 et qu'elle a trouvé un nouveau travail sans interruption dès le 1<sup>er</sup> octobre 2006. L'intimée n'aurait pas davantage démontré que l'appelante aurait souffert d'un épisode dépressif majeur lors du départ de sa fille du domicile conjugal en 2010 – qui se situerait d'ailleurs à une date « bien antérieure à 2010 » –, ce trouble n'ayant jamais été diagnostiqué et ses allégations se fondant là encore uniquement sur les affirmations anamnestiques du Dr P. \_\_\_\_\_. Quant aux troubles alimentaires depuis l'âge de sept ans qui ont entraîné la pose d'un by-pass en 2000, l'appelante relève qu'ils s'avèrent bien antérieurs à la période de cinq ans déterminante pour le questionnaire de santé et qu'ils auraient cessé, dès lors qu'elle aurait retrouvé peu à peu un poids normal. L'appelante se réfère aussi à l'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_ à l'intention de la [...], laquelle

mentionne l'absence d'autre antécédent psychiatrique avant la survenue, en novembre 2017, de symptômes anxieux et dépressifs réactionnels au décès de sa mère.

Sur cette base, l'appelante prétend qu'elle était en droit d'affirmer dans le questionnaire de santé 2010 qu'elle n'avait pas souffert de troubles entre 2005 et 2010. Rien ne confirmerait dès lors la « *fragilité psychologique depuis l'enfance* » retenue par le premier juge, alors qu'elle a travaillé tout à fait normalement durant des décennies, sans interruption, sans médicament, sans diagnostic et sans suivi quelconque. Rien non plus n'établirait les épisodes dépressifs majeurs signalés par le Dr P.\_\_\_\_\_, que l'appelante estime erronés, d'autant que l'expertise du Dr B.\_\_\_\_\_ ne relève rien avant 2017.

L'intimée s'oppose à cette analyse. Elle se réfère aux sources d'information d'ordre médical, soit les certificats établis par le Dr P.\_\_\_\_\_ les 2 juillet 2018, 16 novembre 2018 et 17 décembre 2018 et l'expertise du 2 avril 2019 du Dr B.\_\_\_\_\_ et relève que les deux médecins n'ont pu se fonder que sur la même source d'information, à savoir l'anamnèse de la patiente, soit les informations communiquées par cette dernière, de sorte que l'appelante ne saurait s'en plaindre aujourd'hui.

**4.3.2** Il convient d'apprécier les éléments probatoires à disposition pour déterminer quelle était objectivement la situation médicale de l'appelante le 23 décembre 2010, lorsqu'elle a répondu au questionnaire de santé de l'intimée.

Dans son rapport du 2 juillet 2018, le Dr P.\_\_\_\_\_ fait état d'épisodes dépressifs majeurs en 2006 notamment et de nouveaux épisodes ultérieurs, dont un en 2010, soit dans la période concernée. La question à résoudre est celle de savoir si ce constat intervenu postérieurement à dite période suffit à établir que l'appelante a souffert entre 2005 et 2010 d'une atteinte à la santé. L'intimée prétend que le

Dr P.\_\_\_\_\_ - qui suit l'appelante depuis le 9 septembre 2016 - aurait été en mesure de se prononcer rétroactivement sur l'état de santé de l'appelante sur la base des informations fournies par cette dernière et que celle-ci ne saurait s'en plaindre aujourd'hui. Quant à l'appelante, elle conteste avoir relaté les faits tels que retranscrits par le praticien dans son rapport précité.

De 2005 à 2010, l'appelante n'a pas consulté ni n'était en traitement. Elle n'était pas en mesure de savoir qu'elle se trouvait en dépression ou en subdépression, aucune donnée médicale ne venant corroborer cet état de fait. Les constatations faites en 2018 par le Dr P.\_\_\_\_\_ ne permettent pas d'établir rétrospectivement une telle dépression, faute de données médicales plus précises. Il n'y a pas eu de diagnostic médical durant cette période, ni d'incapacité de travail de l'intéressée. L'incapacité est intervenue bien après.

Dès lors que le contenu du rapport du Dr P.\_\_\_\_\_ est contesté s'agissant de faits relatifs à la période litigieuse et qu'aucun élément ne vient le corroborer, il est difficile d'en tenir compte. C'est en définitive la parole de l'appelante contre celle du praticien sur des faits que celui-ci n'a pas pu vérifier puisqu'il ne suivait pas la patiente à l'époque des faits et qu'aucun document ne vient appuyer ses dires. Dans ces circonstances, il convient de faire droit aux dires de l'appelante, dont le contenu diverge des propos reproduits par le médecin, l'appelante ayant pris soin d'expliquer, de manière étayée et précise, sur quels points ses déclarations avaient mal ou inexactement été reproduites, et donc de justifier la position défendue ici. On pense tout particulièrement à l'épisode, en 2006, de la séparation d'avec son ex-mari, où elle indique dans son appel - comme elle l'avait d'ailleurs déjà mentionné dans le courrier que son conseil a adressé le 10 avril 2019 à l'intimée - qu'elle a été l'objet d'une attaque physique et de menaces de la part de celui-ci et que c'est à cause de cela et non d'un trouble dépressif majeur qu'elle avait paniqué. Il ne faut également pas perdre de vue que lorsqu'elle a consulté le Dr P.\_\_\_\_\_, l'appelante n'allait pas bien et que ses propos ont pu être empreints de confusion.

Le rapport du Dr P. \_\_\_\_\_ du 16 novembre 2018 concerne l'évolution de l'état de santé de l'appelante depuis le 2 juillet 2018 et est donc exorbitant de la question qui nous occupe ici. Quant au Dr B. \_\_\_\_\_, il fait état d'un « *baby blues* » et de baisses thymiques en 2000 suite à la pose d'un « *by-pass* », ainsi qu'en 2012 suite au décès de son père. Ces périodes se situent en dehors de la période litigieuse. L'expert indique d'ailleurs que « *on ne retient pas d'autre antécédent psychiatrique avant la survenue, en novembre 2017, de symptômes anxieux et dépressifs réactionnels au décès de sa mère selon l'anamnèse* ». Enfin, le fait que l'Office AI ne soit pas entré en matière sur d'éventuelles mesures de réadaptation professionnelles concerne l'état de santé actuel de l'appelante et ne saurait préjuger de son état entre 2005 et 2010.

On retient donc avec l'appelante que du point de vue objectif, aucun élément ne confirme dans la présente affaire, durant la période litigieuse, une « *fragilité psychologique* » de l'intéressée, qui a par ailleurs travaillé tout à fait normalement durant des décennies, sans interruption, sans médicament, sans diagnostic et sans suivi quelconque. Rien non plus n'établit des épisodes dépressifs. De tels épisodes ne peuvent être déduits d'un problème alimentaire résolu en 2000 par la pose d'un « *by-pass* », pas plus que de la séparation de l'appelante d'avec son mari, qui a engendré des attaques de panique. Un « *baby blues* » ou des baisses thymiques lors de certains épisodes perturbants de la vie ne sauraient au demeurant être assimilés à un trouble de la santé.

Il s'ensuit qu'on ne saurait retenir, comme l'a fait le premier juge, que lorsque l'appelante a répondu au questionnaire de l'intimée le 23 décembre 2010, elle était atteinte de troubles psychiatriques nombreux et récurrents (dépression, panique, troubles alimentaires) qu'elle ne pouvait objectivement ignorer. Dans ces circonstances, la réticence de l'appelante doit être niée.

**4.3.3** L'appelante fait également valoir qu'à supposer que l'on retienne une atteinte à la santé sous la forme d'une fragilité psychologique, on devrait de toute manière admettre que non consciente de cette prétendue fragilité et en tout cas non consciente d'être atteinte dans sa santé, elle ne saurait subjectivement se voir opposer une réticence.

L'appelante se réfère à une affaire précédemment plaidée par son conseil (TF 5C.101/2004 du 4 août 2004 précité), au sujet de la communication par un assuré de la maladie de Bechterew, où le Tribunal fédéral a admis que sur le vu des circonstances dans lesquelles l'assuré avait évoqué - de manière incontestablement inexacte ou incomplète - ses problèmes lombaires en réponse aux questions de l'assureur, et de sa situation personnelle, sa réponse aux questions de l'assureur et les déclarations qu'il était en mesure de faire pouvaient, sans violer le droit fédéral, être tenues pour subjectivement exactes. *A fortiori*, il y aurait donc lieu de considérer que l'appelante, non consciente de sa supposée personnalité fragile et en tout cas non consciente d'être atteinte dans sa santé, ne saurait se voir opposer une réticence. Même si l'on devait retenir une atteinte à la santé sous forme d'une personnalité fragile, il y aurait lieu de toute manière de considérer qu'il s'agit d'une affection silencieuse, puisque durant de nombreuses années et spécialement durant les cinq ans qui ont précédé le questionnaire de santé, elle ne s'était pas manifestée. Selon l'appelante, elle était donc en droit de penser qu'elle n'avait aucune raison de craindre un risque d'incapacité de travail ou de gain, dès lors qu'elle avait travaillé sans interruption depuis des décennies et en tout cas dans les 5 ans entre 2005 et 2010.

En l'occurrence, l'argument du travail ininterrompu durant ces années, ainsi que l'absence d'éléments probants solides venant appuyer l'assertion que l'appelante savait qu'elle était atteinte dans sa santé, viennent solidement appuyer la thèse défendue par cette dernière. En définitive, à défaut de diagnostics posés, de consultations, ainsi que de toute médication, il y a lieu de retenir que l'appelante ignorait, tant sur le plan objectif que sur le plan subjectif, lorsqu'elle a signé la déclaration de

santé, qu'elle était ou aurait été atteinte dans sa santé. En retenant que l'appelante pouvait se voir reprocher une réticence lors de la conclusion du contrat d'assurance litigieux alors que l'élément subjectif faisait défaut, le premier juge a donc violé le droit.

**4.3.4** A titre subsidiaire, l'appelante fait valoir que l'intimée n'aurait pas respecté le délai légal de quatre semaines lorsqu'elle a invoqué la réticence. En effet, ce délai aurait commencé à courir dès la communication, le 15 janvier 2019, du rapport du Dr P.\_\_\_\_\_ du 17 décembre 2018 et non dès la consultation du dossier AI en février 2019, dès lors que celui-ci ne contenait rien de plus que le rapport du Dr P.\_\_\_\_\_ et que la question à résoudre n'était pas celle de la gravité et de l'ancienneté des troubles mais de l'atteinte à la santé de l'appelante entre 2005 et 2010.

On relève cependant que le « *rapport* » du 17 décembre 2018 consiste en un certificat médical faisant état d'une incapacité de travail à 100% de l'appelante ; il ne se prononce pas sur une éventuelle reprise de son activité, l'appelante étant alors décompensée. Ce certificat mentionne sous chiffre 2 « *Cause de l'incapacité de travail/gain* » des circonstances remontant à l'enfance et à l'âge de l'adolescence. Si le contenu de ce rapport pouvait être de nature à alerter l'assurance, il n'est pas certain qu'il eût été suffisant pour invoquer la réticence. Au vu des considérants qui précèdent, cette question peut toutefois demeurer telle qu'en l'état, puisque la réticence a été écartée.

**4.3.5** L'intimée objecte que s'il n'y a pas eu réticence, il y aurait de toute manière fallu opposer à l'appelante le fait qu'elle aurait annoncé son incapacité avec un retard considérable, de sorte que son droit aux prestations n'aurait pas pu naître dès son incapacité de travail le 1<sup>er</sup> novembre 2017 mais dès la communication de cette incapacité le 14 février 2019.

**4.3.5.1** Selon l'art. 45 LCA, lorsqu'une sanction a été stipulée pour le cas où le preneur d'assurance ou l'ayant droit violerait l'une de ses

obligations, cette sanction n'est pas encourue s'il résulte des circonstances que la faute n'est pas imputable au preneur ou à l'ayant droit. D'après la jurisprudence, il n'y a pas de violation fautive, au sens de l'art. 45 LCA, si des causes objectives, ou du moins non imputables à l'assuré – telles que la maladie, l'impossibilité de produire une preuve, le comportement de l'assureur, de son agent ou de services de l'administration –, ont empêché l'assuré de respecter ses obligations (TF 5C.55/2005 consid. 3.1 ; cf. ATF 115 II 88 consid. 4a ; 84 II 556 consid. 9).

**4.3.5.2** Pour rappel, le 17 décembre 2018, le Dr P. \_\_\_\_\_ a rempli un « *certificat médical en cas d'incapacité de travail ou de gain* », lequel attestait d'une incapacité de travail de l'appelante à 100% du 8 janvier 2018 au 22 janvier 2019. Le 15 janvier 2019, l'appelante a rempli et signé un formulaire à l'entête de l'intimée intitulé « *Déclaration de l'assuré en cas d'incapacité de travail ou de gain* », dans lequel il est notamment indiqué que le début de la maladie, qualifiée de « *burn out* *dépression* », remontait au 1<sup>er</sup> novembre 2017.

Il ressort de l'état de fait que, par téléphone du 13 août 2018 à l'agence de [...] de l'intimée, l'appelante a fait savoir qu'elle subissait une incapacité de travail. A la suite de ce téléphone, des documents ont été envoyés le même jour en courrier A à l'appelante ; parmi ces documents, se trouvaient un certificat médical à remplir par le médecin et une déclaration de sinistre à compléter par l'appelante. Il ressort aussi de l'état de fait que l'office AI a cherché à obtenir des documents de l'appelante, sans succès, et qu'il a fini, après trois rappels les 12 juillet, 2 août et 11 septembre 2018, par s'adresser directement à l'administration communale. Il ressort par ailleurs d'une note du 25 septembre 2018 qu'un collaborateur de l'AI a eu un entretien téléphonique avec l'appelante, laquelle a répondu en larmes, en s'excusant et en expliquant qu'elle n'allait pas bien, qu'elle souffrait d'attaques de panique et qu'elle allait voir le Dr P. \_\_\_\_\_. Entre le 9 février 2017 et le 25 mai 2018, l'appelante a manqué 138 jours ou demi-journées de travail, soit 1'151.15 heures. De cet état de fait – non contesté –, il apparaît qu'entre le 15 janvier 2018 et

le 17 décembre 2018, date de l'établissement du certificat médical du Dr P.\_\_\_\_\_, l'appelante était atteinte dans sa santé et qu'elle n'était pas en mesure de répondre valablement aux diverses sollicitations de ses interlocuteurs. Elle avait d'ailleurs pris contact avec l'agence de [...] de l'intimée en août 2018 pour lui faire part de son état de santé, ce qui apparaît comme la preuve de sa bonne foi, sauf à dire que ce renseignement oral était insuffisant et qu'il nécessitait un complément écrit, ce que l'appelante n'a pas été en mesure de fournir au vu de son état de santé.

Compte tenu de l'état de santé de l'appelante au moment du sinistre - maladie dûment établie -, l'application de l'art. 45 al. 1 LCA est pleinement fondée, ce qui permet de faire droit aux prétentions de l'appelante. Ces prétentions correspondent aux primes payées du 15 janvier 2018 au 31 mars 2019 (14.5 mois à 565 fr./mois), soit 8'192 fr. 50 au total, avec intérêts à 5% l'an dès le 1<sup>er</sup> juillet 2018 (conclusion II).

Les primes ultérieures n'ont pas été payées et l'appelante demande à en être libérée pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2019 au 31 décembre 2020, ce qui correspond à un montant de 11'865 fr. pour cette période (conclusion III). Cette conclusion fixe le début de la période de libération du paiement des primes au 1<sup>er</sup> janvier 2019, alors que l'appelante indique avoir payé les primes jusqu'au 31 mars 2019, d'où le montant de 8'192 fr. 50 réclamé dans la conclusion II précitée. Le début de cette période au 1<sup>er</sup> janvier 2019 est manifestement une erreur d'écriture ; preuve en est que le montant réclamé, par 11'865 fr., correspond bel et bien à 21 mois (du 1<sup>er</sup> avril 2019 jusqu'à fin 2020) à 565 fr./mois et non à 24 mois. L'appelante sera ainsi libérée du montant des primes pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2019 au 31 décembre 2020, les primes - totalisant 11'865 fr. - étant à la charge de l'intimée.

La conclusion IV telle que modifiée en audience de jugement, à savoir celle couvrant la réserve pour la prime courant dès le 1<sup>er</sup> janvier 2021, n'est pas réitérée en appel, qui ne concerne que la période du 15

janvier 2018 au  
31 décembre 2020. Ainsi, pour cette dernière période uniquement – au vu des conclusions prises –, l'appelante doit être remboursée et/ou libérée du paiement de des primes, l'intimée ne soutenant pas que l'appelante n'aurait pas justifié d'une incapacité de gain.

L'intimée n'a pas contesté, à titre subsidiaire, les calculs effectués par l'appelante ni les montants réclamés en résultant ; elle n'a en particulier pas fait état d'une mauvaise application des conditions générales d'assurance en lien avec la police de prévoyance liée. Il n'y a dès lors pas lieu d'y revenir. Il en va de même en ce qui concerne le point de départ des intérêts moratoires réclamés sur le montant de 8'192 fr.50, l'intimée ne contestant nullement l'échéance moyenne retenue par l'appelante.

## **5.**

**5.1** En conclusion, l'appel doit être admis et le jugement réformé dans le sens des considérants qui précèdent.

Si l'instance d'appel statue à nouveau, elle se prononce sur les frais – soit les frais judiciaires et les dépens (art. 95 al. 1 CPC) – de la première instance (art. 318 al. 3 CPC). En l'occurrence, l'intimée succombe entièrement, de sorte que les frais judiciaires de première instance, par 4'000 fr., et les dépens y relatifs, par 4'500 fr., seront mis à sa charge (art. 106 al. 1 CPC). L'intimée versera en conséquence à l'appelante la somme de 8'250 fr. à titre de dépens et de restitution de l'avance de frais de 3'750 fr. fournie par l'appelante (art. 111 al. 2 CPC).

**5.2** Vu l'issue de la procédure, les frais judiciaires de deuxième instance, arrêtés à 800 fr. (art. 62 al. 1 TFJC [tarif des frais judiciaires civils du 28 septembre 2010 ; BLV 270.11.5]), seront mis à la charge de l'intimée, qui succombe (art. 106 al. 1 CPC). Elle restituera en conséquence à l'appelante l'avance de frais de 800 fr. fournie par celle-ci.

L'intimée devra en outre verser à l'appelante de pleins dépens de deuxième instance, évalués à 4'000 fr. (art. 3 al. 2 et 7 TDC [tarif des dépens en matière civile du 23 novembre 2010 ; BLV 270.11.6]).

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

I. L'appel est admis.

II. Il est statué à nouveau comme il suit :

- I. La demande de N.\_\_\_\_\_ est admise.
- II. La défenderesse J.\_\_\_\_\_ doit payer à la demanderesse N.\_\_\_\_\_ la somme de 8'192 fr. 50 (huit mille cent nonante-deux francs et cinquante centimes), plus intérêts à 5% l'an dès le 1<sup>er</sup> juillet 2018.
- III. La demanderesse N.\_\_\_\_\_ ne doit pas à la défenderesse J.\_\_\_\_\_ les primes trimestrielles dès le 1<sup>er</sup> avril 2019 jusqu'à la fin 2020, soit au total pour cette période 11'865 fr. (onze mille huit cent soixante-cinq francs), dites primes étant à la charge de la défenderesse J.\_\_\_\_\_.
- IV. Les frais judiciaires, arrêtés à 4'000 fr. (quatre mille francs), sont mis à la charge de la défenderesse J.\_\_\_\_\_.
- V. La défenderesse J.\_\_\_\_\_ doit verser à la demanderesse N.\_\_\_\_\_ la somme de 8'250 fr. (huit mille deux cent cinquante francs) à titre de dépens et de restitution de l'avance de frais de première instance.
- VI. Toutes autres ou plus amples conclusions sont rejetées.

III. Les frais judiciaires de deuxième instance, arrêtés à 800 fr. (huit cents francs), sont mis à la charge de l'intimée J.\_\_\_\_\_.

IV. L'intimée J.\_\_\_\_\_ versera à l'appelante N.\_\_\_\_\_ la somme de 4'800 fr. (quatre mille huit cents francs) à titre de dépens et de restitution de l'avance de frais de deuxième instance.

V. L'arrêt est exécutoire.

La présidente :

La greffière :

Du

Le présent arrêt, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Philippe Nordmann (pour N.\_\_\_\_\_),
- Me Philippe Mercier (pour J.\_\_\_\_\_),

et communiqué, par l'envoi de photocopies, à :

- M. le Président du Tribunal civil de l'arrondissement de Lausanne.

La Cour d'appel civile considère que la valeur litigieuse est inférieure 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), le 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).

La greffière :