

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Jugement du 22 mai 2012

Présidence de Mme PASCHE

Juges : Mmes Thalmann et Di Ferro Demierre

Greffière : Mme Pradervand

Cause pendante entre :

A. _____, à Nyon, demandeur, représenté par Me Bertrand Pariat, avocat
à Nyon,

et

W. _____ **SA**, à Nyon, défenderesse, représentée par Me Muriel Vautier,
avocate à Lausanne.

Art. 12 al. 3 LAMal; 4, 6 et 33 LCA

E n f a i t :

A. **a)** A. _____ (ci-après: le demandeur), né le [...] 1956, a signé le 18 mars 2007 [recte: 2008] une proposition d'assurance auprès de W. _____ SA (ci-après: la défenderesse ou W. _____ SA) pour la perte de gain en cas de maladie, prévoyant le versement de 730 indemnités journalières, avec un délai d'attente de 30 jours. L'offre n° [...] précisait que la masse salariale assurée s'élevait à 42'000 fr. et que le demandeur était indépendant. Le genre de son entreprise était décrit comme suit: «Bois, articles en: commerce en gros avec manipulation». Dans l'annonce pour l'assurance perte de gain en cas de maladie qu'il a signée le même jour, le demandeur a répondu par l'affirmative à la question «1. a) Présentez-vous actuellement une affection quelconque?», en précisant en réponse à la question «Laquelle?»: «Diabète». Il a également répondu affirmativement à la question «2. Souffrez-vous ou avez-vous souffert de maladies, de troubles ou d'affections: f) du métabolisme ou du sang tels que: diabète, excès de cholestérol, goutte, maladie de la thyroïde, troubles hormonaux, anémie, troubles de la coagulation ou autres?», en notant «Diabète en cours» et en indiquant l'adresse du Dr Q. _____ à [...], son médecin traitant. Il a encore répondu par l'affirmative à la question «5. e) Des médicaments vous ont-ils été administrés ou prescrits pendant plus de 4 semaines?», avec la précision «Diabète en cours».

Ce questionnaire de santé avait pour le surplus la teneur suivante:

Cocher ce qui convient	Oui	Non	Commentaires
1. a) Présentez-vous actuellement une affection quelconque?	X		Laquelle? Diabète
b) Votre capacité de travail est-elle réduite?		X	Motif? Durée?
c) Aux cours des 5 dernières années, avez-vous été incapable de travailler pendant plus de 4 semaines?		X	Quand? Pourquoi?
2. Souffrez-vous ou avez-vous souffert de maladies, de troubles ou d'affections: a) de l'appareil respiratoire tels que: asthme, bronchite à répétition ou chronique, pneumonie, tuberculose ou		X	Lesquels? Quand? Combien de temps? Guérison?

autres?			
b) du cœur ou des vaisseaux sanguins tels que: hypertension, troubles circulatoires, infarctus du myocarde, vice ou insuffisance cardiaque, palpitations, attaque cérébrale, phlébite, varices ou autres?		X	
c) du système nerveux ou du psychisme tels que: épilepsie, vertiges, paralysies, névrites, dépressions ou autres? Avez-vous fait une tentative de suicide?		X	
d) de l'appareil digestif tels que: hernie hiatale, ulcère de l'estomac ou des intestins, inflammations, hémorragies, hémorroïdes, jaunisse, maladies du foie, de la vésicule biliaire, du pancréas ou autres?		X	
e) de l'appareil urinaire ou génital tels que: maladie des reins, des uretères, de la vessie ou de la prostate, calculs, présence de sang ou d'albumine dans les urines ou autres?		X	
f) du métabolisme ou du sang tels que: diabète, excès de cholestérol, goutte, maladie de la thyroïde, troubles hormonaux, anémie, troubles de la coagulation ou autres?	X		Diabète en cours (Dr Q._____, [...], rue [...])
g) du système immunitaire ou de maladies infectieuses tels que: sida, infection VIH, maladies sexuellement transmissibles, hépatite, maladies tropicales ou autres?		X	
h) de la peau tels que: exczéma, allergie, psoriasis, mycoses, cancer cutané ou autres?		X	
i) de l'appareil locomoteur (os, articulations, colonne vertébrale, disques intervertébraux, muscles, ligaments, tendons) tels que: douleurs dorsales, cervicales, des épaules, arthrose, rhumatisme ou autres?		X	
j) des yeux tels que: acuité visuelle diminuée, troubles oculaires, affection rétinienne ou autres?		X	Dioptries: gauche..... droite.....
k) des oreilles tels que: surdité, inflammations ou autres?		X	
l) Autres maladies, troubles ou dérangements pour lesquels aucune question n'a été pos�e (p. ex. infirmité congénitale, difformité, tumeur, cancer, etc.)?		X	
3. Pour les personnes de sexe féminin: a) Etes-vous enceinte? Si oui: la grossesse s'est-elle d�roul�e normalement jusqu'ici?			Accouchement prévu pour le:
b) Avez-vous souffert d'une affection gynécologique ou des seins?			Laquelle? Quand? Durée? Guérie?
4. Avez-vous eu des accidents, des	X		Jambes cass�es 98, Guérie,

blessures, des intoxications exigeant une hospitalisation ou une intervention chirurgicale?			Hop. [...] / Epaule cassée 2000, Guérie, Hop. [...]
5. a) Avez-vous subi un examen, un traitement ou une opération dans un hôpital ou un quelconque établissement médical?	X		Motif? Lequel? Voir ci-dessus
b) Vous a-t-on prescrit ou est-il prévu que vous fassiez une cure diététique, de repos, de désintoxication ou autres?		X	
c) Devez-vous prochainement être hospitalisé(e) ou subir une opération?		X	
d) Avez-vous, au cours des 5 dernières années, été soigné(e) ou conseillé(e) par: - un psychothérapeute (p. ex. psychiatre, psychologue) - un chiropraticien ou physiothérapeute?		X	
e) Des médicaments vous ont-ils été administrés ou prescrits pendant plus de 4 semaines?	X		Diabète en cours
f) Avez-vous été traité(e) par des substances radioactives ou des rayons?		X	
6. Avez-vous été soumis(e) au cours des 5 dernières années à des examens spéciaux tels que: radiographie, ultrasons, examen au scanner ou résonance magnétique, échographie, électrocardiogramme, électroencéphalogramme, endoscopie ou autres?		X	Résultats?
7. Vous êtes-vous soumis(e) à un test de dépistage du sida qui a donné un résultat positif ou probablement positif?		X	
8. a) Pratiquez-vous du sport?		X	Lequel? Fréquence?
b) Fumez-vous?	X		Cigarettes Combien par jour? 20
c) consommez-vous des boissons alcoolisées?		X	Combien par jour?
d) Prenez-vous des analgésiques, des somnifères, des tranquillisants ou autres médicaments?		X	Combien par semaine? Depuis quand?
e) Consommez-vous ou avez-vous consommé des stupéfiants (drogues)?		X	Quand pour la dernière fois?
9. a) Quel a été le dernier médecin consulté?		→	Raison? Diabète Quand? En cours Dr Q. _____, [...]
b) Avez-vous au cours des 5 dernières années consulté des médecins qui n'ont pas été cités précédemment?		X	
c) Quel médecin connaît le mieux votre état de santé?		→	Dr Q. _____, [...], rue [...]
10. Quelles sont vos mensurations		→	Taille? 190 Poids? 100
11. a) Des propositions pour des assurances maladie, accidents, vie ou rentes d'incapacité de gain ont-elles déjà été refusées, ajournées ou leur acceptation a-t-elle été subordonnée à des conditions aggravées?		X	
b) Etes-vous assuré(e) sur la vie auprès		X	

de notre Compagnie?			
---------------------	--	--	--

Le 8 avril 2008, la défenderesse a adressé au demandeur un formulaire de conditions particulières selon lequel toutes les incapacités de travail dues au diabète sucré, ses complications reconnues et suites étaient exclues de la couverture d'assurance. Le demandeur a déclaré être d'accord avec ces conditions particulières, qu'il a signées le 25 avril 2008.

Le contrat d'assurance a pris effet au 1^{er} avril 2008. Selon la police n° [...] du 29 avril 2008, il était soumis aux conditions d'assurances (CGA), édition 2002.

b) Par certificat médical du 30 janvier 2009, le Dr Q._____ a déclaré que le demandeur était en incapacité de travail depuis le 25 novembre 2008 pour une durée de trois mois.

Le 6 mai 2009, le Dr Q._____ a complété à l'attention de la défenderesse un certificat médical, dans lequel il a posé le diagnostic de trouble dépressif dans le cadre d'un trouble bipolaire, avec apparition des premiers symptômes en été 2008, constatant une incapacité de travail de 100% depuis le 25 septembre 2008, d'une durée probable de 8 mois.

Le 26 mai 2009, la défenderesse a demandé d'une part à son assuré si son incapacité de travail avait débuté le 25 septembre 2008 ou le 25 novembre 2008 et d'autre part s'il avait souffert de la même affection avant l'entrée en vigueur de son contrat auprès d'elle, le 1^{er} avril 2008, et, dans l'affirmative, à quelle date exactement.

Dans un rapport médical du 2 juin 2009, le Dr J._____ et la Dresse K._____, respectivement chef de clinique et médecin assistante auprès du Secteur psychiatrique [...], ont fait savoir au médecin-conseil de la défenderesse, le Dr S._____, que le demandeur s'était rendu le 25 novembre 2008 en consultation d'urgence auprès de l'Hôpital X._____. Il souffrait d'un trouble affectif bipolaire de type I et sa première hospitalisation pour décompensation maniaque datait de 1994. Il

présentait en l'état une dépression bipolaire de degré sévère et était hospitalisé depuis le 1^{er} mai 2009. Ces médecins précisaient qu'il avait été hospitalisé à deux reprises en raison de décompensations maniaques du trouble bipolaire en 2004 et 2005 (sic). Ce rapport médical était marqué sur le haut de la première page à droite de l'annotation manuscrite «R 13.6.09», suivie d'une signature. Il portait en outre le timbre de la défenderesse, avec la précision suivante «W. _____ SA Reçu le 16 juin 2009».

Le 12 juin 2009, le Dr Q. _____ a fait savoir à la défenderesse que l'arrêt de travail du demandeur devait débuter le 25 novembre 2008.

Par pli recommandé du 10 juillet 2009, la défenderesse a communiqué au demandeur qu'après examen de l'entier des informations en sa possession, elle procédait à la résiliation de son contrat d'assurance, au motif qu'il avait répondu par la négative à plusieurs questions du questionnaire de santé signé le 18 mars 2007 [recte: 2008] («- Autres maladies, troubles ou dérangements pour lesquels aucune question n'a été posée? [question 2. l)] - Du système nerveux ou du psychisme tels que: épilepsie, vertiges, paralysies, névrites, dépressions ou autres? Avez-vous fait une tentative de suicide? [question 2. c)] - Avez-vous, au cours des 5 dernières années, été soigné ou conseillé par: un psychothérapeute (p. ex. psychiatre, psychologue) [question 5. d)]?»), alors que cette réponse n'était pas conforme à la vérité. La défenderesse relevait ainsi ce qui suit:

«En effet, pour être conforme à la vérité, vous auriez dû répondre par la positive à la question 2, lettre «c» du questionnaire de santé que vous avez signé le 18 mars 2007. Selon les renseignements reçus de notre médecin-conseil, le Dr S. _____, vous avez été hospitalisé à deux reprises à l'Hôpital X. _____ en 2004 et 2005 pour la même affection qui a entraîné un arrêt de travail dès le 25 septembre 2008.

Vous avez dès lors commis une réticence, ce qui a pour conséquence que nous résilions votre contrat d'assurance. Cette résiliation prend effet à réception de la présente communication.»

Par courrier du 17 juillet 2009 au médecin-conseil de la défenderesse, le Dr J. _____ et la Dresse K. _____ ont indiqué qu'une erreur s'était glissée dans leur rapport médical du 2 juin 2009, le demandeur ayant été hospitalisé en 1994 et en 1995 et non pas en 2004 et 2005. Ils précisait que ce dernier avait été suivi ambulatoirement par leur policlinique du 20 septembre 1994 au 9 septembre 1996, et du 1^{er} au 8 février 2002.

Par pli recommandé du 14 août 2009, le demandeur a mis la défenderesse en demeure de fournir les prestations contractuelles auxquelles elle était tenue avec effet rétroactif au 25 novembre 2008, en faisant valoir que la réticence invoquée était inexistante et abusive. Il expliquait d'une part que le questionnaire de santé qu'il avait complété précisait que les questions se référaient aux cinq dernières années, si bien qu'ayant été hospitalisé en 1994 et 1995, il n'avait pas à le mentionner. D'autre part, il faisait valoir que la réticence avait été invoquée tardivement, soit le 10 juillet 2009, alors que c'est la lettre du 2 juin 2009 qui avait fait croire à la défenderesse à une réticence.

Le 25 août 2009, la défenderesse a informé le demandeur qu'elle n'était pas en mesure de répondre favorablement à sa correspondance du 14 août 2009.

c) Par courrier du 13 octobre 2009, le Dr R. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a fait savoir au Dr S. _____ que le demandeur avait été suivi en ambulatoire auprès de l'Hôpital X. _____ de 1994 à 1996, très brièvement en février 2002, puis à nouveau à partir de décembre 2008, précisant qu'il n'y avait eu aucune hospitalisation du 8 février 2002 au 3 décembre 2008. Il a joint à son envoi un rapport d'admission du 3 décembre 2008 auprès de l'Hôpital X. _____, dont il ressortait notamment que depuis 1994, le patient était sous traitement de Lithium. Il apparaissait en outre que le demandeur avait arrêté son traitement durant l'été 2008, lorsqu'il s'était rendu en [...] pour effectuer des travaux chez sa nièce, et avait alors commencé à se sentir euphorique et à développer un sentiment de toute puissance. Après quelques

semaines, il avait commencé à ressentir un certain épuisement, une tristesse et une perte d'énergie. Il était alors rentré en Suisse et avait recommencé spontanément à reprendre son traitement, mettant entièrement son problème psychique sur le compte de l'arrêt du Lithium.

Par courrier du 13 octobre 2009, le demandeur s'est adressé à l'administration fédérale des contributions pour demander l'annulation de son numéro de TVA dès lors qu'il n'avait plus d'activité pour raison de santé.

Par courrier du 21 octobre 2009, la défenderesse a fait savoir au demandeur qu'à la suite des renseignements médicaux reçus le 15 octobre 2009 par son médecin-conseil, il apparaissait qu'il était au bénéfice d'un traitement médicamenteux (Lithium) de manière ininterrompue depuis 1994 (sauf un arrêt temporaire durant l'été 2008) pour traiter ses problèmes de santé d'ordre psychique. Même s'il n'avait pas eu de suivi psychiatrique dans les cinq ans précédents la signature du questionnaire de santé, il était suivi par son médecin-traitant pour ces problèmes et prenait des médicaments pour les traiter. Il aurait dès lors en tout cas dû indiquer à la question 5. e) («Des médicaments vous ont-ils été administrés ou prescrits pendant plus de 4 semaines?») qu'il était sous traitement médicamenteux au Lithium, dans la mesure où les troubles psychiques qu'il présentait n'étaient pas une simple indisposition passagère sans répercussion notable sur son état de santé au sens de la jurisprudence. La défenderesse en déduisait que le demandeur avait commis une réticence au sens de l'art. 6 LCA (loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance; RS 221.229) et confirmait son courrier du 10 juillet 2009.

Le 28 octobre 2009, le demandeur a fait valoir qu'il avait répondu par l'affirmative à la question 5. e) et qu'il incombait à la défenderesse de poser toute question utile à ce sujet si les commentaires lui semblaient lacunaires. Il faisait en outre valoir que le cas pour lequel elle invoquait la réticence était stabilisé depuis 14 ans et mettait la défenderesse en demeure de lui faire une proposition d'indemnisation.

Dans sa correspondance du 20 novembre 2009 au demandeur, la défenderesse lui a expliqué que son médecin-conseil avait reçu le 13 juin 2009 le courrier du 2 juin 2009 de l'Hôpital X._____, si bien que la réticence avait été invoquée en temps utile. Elle observait encore que le demandeur aurait dû indiquer qu'il était sous traitement de Lithium de la même manière qu'il a signalé qu'il prenait des médicaments pour soigner du diabète. Elle maintenait dès lors sa position du 10 juillet 2009.

Par correspondance de son avocat du 18 janvier 2010, le demandeur a contesté la position de la défenderesse, faisant valoir que la réticence avait été invoquée tardivement, qu'elle était au demeurant contestée, et que le cas devait dès lors être couvert.

Le 26 janvier 2010, le Dr S._____, en réponse à la défenderesse qui l'avait interpellé sur le point de savoir s'il avait reçu le 13 juin 2009 le rapport médical de l'Hôpital X._____ daté du 2 juin 2009, a indiqué ce qui suit: «Certainement, la date figurant sur le courrier reçu à mon cabinet, précédée d'un R, est la date où je lis le rapport et le signe.».

Par courrier du 26 janvier 2010 au conseil du demandeur, la défenderesse a maintenu que son médecin-conseil avait eu connaissance du rapport médical du 2 juin le 13 juin 2009, et elle-même le 16 juin 2009, si bien que sa prise de position du 10 juillet 2009 était intervenue en temps utile. Elle a fait valoir que lorsque le demandeur avait signé le questionnaire de santé, il prenait un traitement au Lithium depuis 1994, ce qu'il aurait dû spécifier à la question 5. e), ou aurait dû indiquer à la question 2. c) qu'il souffrait d'un trouble psychique. Dans ces conditions, elle maintenait sa position. Le courrier du 26 janvier 2010 du Dr S._____ était joint à cette correspondance.

Le 28 janvier 2010, le demandeur, par son avocat, a contesté la teneur de la correspondance de la défenderesse du 26 janvier 2010, expliquant que la date déterminante pour le délai de quatre semaines était la date de réception du rapport et non sa date de lecture.

Dans un courrier du 17 février 2010, la défenderesse a fait valoir que le délai de quatre semaines de l'art. 6 LCA ne courait que dès la connaissance de la réticence, soit en l'occurrence dès le 13 juin 2009. Elle ajoutait qu'en tous les cas et indépendamment des dates d'hospitalisation, le rapport du 3 décembre 2008 du Dr R._____, transmis le 13 octobre 2009, avait révélé la prise de Lithium depuis 1994, ce qu'aurait dû indiquer le demandeur en réponse à la question 5. e) du questionnaire, étant précisé qu'il aurait également dû indiquer qu'il souffrait de troubles psychiques. La défenderesse en déduisait dès lors que vu son courrier du 21 octobre 2009, le délai de quatre semaines de l'art. 6 LCA était respecté.

Le 3 mars 2010, le Dr R._____ a établi un certificat médical selon lequel le demandeur prenait du Lithium depuis 1994 dans le cadre d'une prophylaxie et non dans un but curatif, en précisant que cette information ne relevait pas systématiquement d'un questionnaire de santé.

B. Par demande du 3 mai 2010, A._____ a ouvert action contre la W._____SA auprès du Tribunal d'arrondissement de [...], en concluant avec suite de frais et dépens que la défenderesse soit condamnée à lui verser une indemnité de 42'000 fr. par année, soit 3'500 fr. par mois à compter du 26 décembre 2008, jusqu'à la fin de son incapacité de travail pour cause de maladie débutée le 25 novembre 2008, au maximum durant 730 jours à compter du 26 décembre 2008, avec intérêts à 5% l'an. En substance, il fait valoir que la réticence invoquée le 10 juillet 2009 l'a été tardivement, dès lors que la date déterminante pour le départ du délai de quatre semaines de l'art. 6 al. 2 LCA était la date de réception du rapport du 2 juin 2009, que la défenderesse a admis s'être trompée en invoquant une réticence à la suite du rapport du 2 juin 2009 du Dr J._____ et de la Dresse K._____ (cf. courrier du 21 octobre 2009), que la défenderesse avait indiqué dans son courrier du 17 février 2010 avoir eu connaissance qu'il était sous traitement de Lithium depuis 1994, conformément au rapport établi le 3 décembre 2008, sans qu'il ne s'agisse

selon lui d'un nouveau motif de réticence. Il fait encore valoir que cette prise de Lithium intervient dans le cadre d'une prophylaxie et non dans un but curatif (cf. certificat médical du Dr R. _____ du 3 mars 2010). Il en déduit que la réticence invoquée est infondée et qu'elle est intervenue tardivement.

A la suite du déclinatoire soulevé par la défenderesse, lequel a été admis par jugement incident du 20 août 2010 du président du Tribunal civil d'arrondissement de [...], la cause a été reportée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

Dans sa réponse du 9 décembre 2010, la défenderesse conclut à libération. Elle relève que selon une note manuscrite du 18 mai 2010 du Dr S. _____, le Lithium constitue un traitement à long terme dans le contexte d'une maladie psychiatrique grave, destiné à éviter des poussées évolutives, avec la précision que ce traitement doit être prescrit et nécessite des contrôles (sanguins) réguliers. Elle en déduit que le demandeur doit consulter régulièrement son médecin pour ce problème de santé et non pas seulement pour son diabète, qu'il aurait dû déclarer à la question 5. e) et/ou à la question 8. d) qu'il prend ce traitement de Lithium, qu'il aurait également dû répondre positivement à la question 2. c) qu'il souffre de troubles psychiques, qu'il aurait à tout le moins dû mentionner sa maladie psychique en réponse à la question 2. l) sous «Autres maladies». Elle note que le demandeur a jugé opportun de déclarer souffrir du diabète à la question 1. a), à l'exclusion de son problème psychique. Elle expose encore que le demandeur sait depuis 1994 qu'il souffre de manière permanente d'une maladie psychiatrique grave, si bien qu'il ne pouvait penser de bonne foi qu'il n'avait pas à déclarer un problème de santé aussi important. Elle relate encore que le 15 octobre 2009, son médecin-conseil a appris que le demandeur était au bénéfice d'un traitement au Lithium de manière interrompue depuis 1994 pour traiter ses problèmes psychiques, si bien qu'elle a maintenu sa position par courrier du 21 octobre 2009, en rappelant au demandeur qu'il souffrait de troubles psychiques depuis plus de 10 ans, nécessitant la prise régulière de Lithium, invoquant une nouvelle réticence au motif qu'il aurait

dû à tout le moins indiquer à la question 5. e) qu'il était sous traitement médicamenteux. Elle fait encore valoir que la maladie du demandeur est sujette à des rechutes, lesquelles peuvent être évitées moyennant la prise régulière de Lithium. Elle soutient que si elle avait eu connaissance de cette maladie au moment de la signature du contrat, elle ne l'aurait pas conclu aux mêmes conditions, vu les risques de périodes d'incapacité de travail prolongées. S'agissant du délai de l'art. 6 LCA, elle expose n'avoir pris connaissance de l'existence du trouble bipolaire antérieur qu'à réception le 16 juin 2009 du rapport médical du Dr J. _____ du 2 juin 2009, faisant valoir que son médecin-conseil ne l'a reçu que le 13 juin 2009. Elle relève pour le surplus qu'elle n'a appris que le demandeur était sous traitement de Lithium depuis 1994 de façon ininterrompue que le 16 octobre 2009, si bien que le délai de résiliation pour ce second motif est également respecté par son envoi du 21 octobre 2009. A titre subsidiaire, elle explique en se fondant sur le rapport médical du 3 décembre 2008 de l'Hôpital X. _____ que le demandeur aurait été absent de Suisse durant tout l'été 2008 jusqu'au début du mois de novembre, en déduisant qu'il avait déjà cessé toute activité au moment de la survenance de son incapacité. Or l'art. 14 des CGA prévoit que le contrat d'assurance prend fin automatiquement avec la cessation définitive de l'entreprise. Elle est dès lors d'avis que le demandeur n'était plus couvert au moment de la survenance de son incapacité de travail. Le demandeur ayant cessé la prise de Lithium sans suivi médical durant l'été 2008 et considérant lui-même que cette incapacité est à mettre en relation avec cet arrêt, la défenderesse observe qu'il ne pouvait ignorer les risques d'une telle décision et qu'il a accepté de provoquer la survenance d'un nouvel épisode de décompensation maniaque et donc du sinistre. Elle requiert la production en mains du Dr Q. _____ de toute pièce propre à démontrer que le demandeur s'est soumis à des examens (sanguins) réguliers en raison de la prise de Lithium en 2006, 2007 et durant les six premiers mois de 2008, toute pièce démontrant que le demandeur exerçait une activité professionnelle au moment de la survenance de son incapacité professionnelle, ainsi que toute pièce attestant les démarches entreprises par le demandeur auprès de l'Office AI.

Dans sa réplique du 14 février 2011, le demandeur confirme ses conclusions. Il explique qu'il était présent en Suisse durant l'été 2008, bien qu'il se soit rendu à plusieurs reprises en [...]. Il fait en outre valoir qu'il a cessé son activité fin 2008, soit après la survenance de son incapacité, qu'il n'a pas eu d'activité en 2009, et qu'il était dès lors couvert au moment de la survenance de son incapacité. Il se réfère pour le surplus aux rapports médicaux produits dans le cadre de l'instruction de sa demande de prestations AI déposée le 31 mai 2010, en se référant au rapport médical du Dr R. _____ selon lequel son incapacité de travail remonte au 25 novembre 2008. Le demandeur a produit plusieurs pièces, parmi lesquelles un courrier du 10 décembre 2010 à l'Office d'impôt du district de [...] selon lequel il avait cessé son activité indépendante au 31 décembre 2008 et n'avait exercé aucune activité en 2009 en raison de maladie, avec la précision qu'il n'y avait pas eu de remise ou de vente de commerce.

Par duplique du 10 mars 2011, la défenderesse a maintenu sa position. Elle relève encore que le demandeur a été au chômage de juin 2006 à juin 2008, alors même qu'il a demandé la conclusion d'une assurance perte de gain maladie auprès d'elle le 6 mars 2008. Elle observe en outre que dans son rapport du 1^{er} juillet 2010, le Dr Q. _____ a aussi indiqué que son patient n'avait pas d'activité professionnelle de longue date. Elle expose ensuite que dans une lettre à l'administration fédérale des contributions, le demandeur a déclaré que la majorité des outils manuels et électriques étaient rouillée et défectueuse, ce qui rend vraisemblable la cessation de toute activité et l'inexistence d'une couverture d'assurance. Elle observe en dernier lieu que le demandeur a retrouvé une capacité de travail de 50% au moins dès le 1^{er} décembre 2009 au plus tard. La défenderesse requiert en outre la production en mains du demandeur de toute pièce démontrant que son entreprise était active au moment de la survenance de l'incapacité de travail, à savoir la comptabilité des années 2007 et 2008, ainsi que le décompte des cotisations AVS versées en sa qualité d'indépendant durant les années 2007 et 2008, ainsi que son dossier AI complet.

Dans ses déterminations du 14 avril 2011, le demandeur conteste les affirmations de la défenderesse et confirme ses conclusions en paiement. Il produit plusieurs pièces sous bordereau à l'appui de cette écriture, à savoir un extrait de compte du 1^{er} janvier 2007 au 25 mars 2011 de la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS (CCVD) selon lequel il a payé des cotisations jusqu'à l'été 2009, deux attestations de la CCVD du 29 mars 2011 certifiant d'une part qu'il a été affilié auprès d'elle du 1^{er} octobre 2007 au 30 novembre 2008 en qualité de personne de condition indépendante pour son activité de menuisier, et d'autre part, qu'il y est affilié depuis le 1^{er} janvier 2009 en qualité de personne sans activité lucrative, le décompte des prestations de chômage touchées de 2004 à 2006, ainsi que le bilan au 31 décembre 2008, le compte d'exploitation et de pertes et profits pour la période du 1^{er} novembre 2007 au 31 décembre 2008.

Le 9 mai 2011, la défenderesse a renoncé à l'audition de témoins. Pour sa part, le demandeur a requis l'audition d'U._____.

Interpellé par le juge instructeur le 16 juin 2011, le Dr Q._____ a indiqué avoir régulièrement examiné le demandeur de 2006 à 2008. Des lithémies ont été effectuées à sa consultation les 5 mai et 14 novembre 2006, ainsi que les 29 mars 2007 et 19 décembre 2008.

C. Le dossier AI du demandeur a été produit le 12 juillet 2011 et les parties invitées à le consulter et déposer leurs déterminations éventuelles le concernant.

Il en ressort notamment que le demandeur a déposé une demande de prestations AI tendant à l'octroi d'une rente le 2 juin 2010. Selon la fiche d'examen du dossier n° 1 du 10 juin 2010, il ne travaillait plus depuis mai 2006, avait été dès cette date et pour deux ans au chômage, et était entretenu depuis juin 2008 par le Centre social régional (CSR) de [...]. Selon le rapport d'examen clinique psychiatrique réalisé le 17 décembre 2010 auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), le demandeur s'est inscrit durant quinze mois au

chômage (jusqu'à l'été 2008), s'est établi à son compte comme menuisier à 100% et a fait des travaux en [...] durant deux mois.

La défenderesse a déposé ses déterminations le 10 octobre 2011. A cette occasion, elle observe qu'il ressort du dossier AI que le demandeur n'a plus exercé aucune activité lucrative depuis mai 2006, alors qu'il lui avait déclaré exploiter une entreprise individuelle active dans le domaine du bois en gros avec manipulation. En outre, il avait produit dans la présente procédure un bilan au 31 décembre 2008, comptes d'exploitation et de pertes et profits pour la période du 1^{er} novembre 2007 au 31 décembre 2008, si bien que ses déclarations auprès de la défenderesse contredisaient celles tenues auprès de l'OAI. Pour lever cette contradiction, la défenderesse a requis la production du dossier de chômage du demandeur, ainsi que de son dossier auprès du CSR de [...]. Dans un autre moyen, elle relève que le lieu du risque assuré était situé à [...]. Or selon le dossier AI, le demandeur aurait effectué des travaux de maçonnerie comme indépendant en [...] de juin à octobre 2008, sans l'informer, contrairement à l'art. 20 des CGA.

Dans ses déterminations du 14 novembre 2011, le demandeur nie avoir fait des déclarations contradictoires, rappelant qu'il a exploité son entreprise individuelle comme il l'a toujours expliqué, rappelant avoir produit des comptes en procédure et avoir été affilié en qualité d'indépendant auprès de la CCVD. Il déclare encore ne pas s'opposer à la production de ses dossiers de chômage et auprès du CSR. Il nie enfin avoir eu son entreprise en [...], rappelant qu'il a certes exécuté des travaux en [...], mais que son entreprise a toujours été basée en Suisse, pays dans lequel se déroulait son activité à titre principal. Il indique ainsi que l'art. 20 des CGA ne trouve pas application. Par ailleurs, il rappelle qu'il exerçait bien son activité professionnelle lors de la signature du contrat d'assurance et que son entreprise était toujours active au moment de la survenance de l'incapacité de travail.

D. Les dossiers de chômage et du CSR du demandeur ont été produits. Les parties ont été invitées par avis du 13 février 2012 à les consulter et déposer leurs éventuelles déterminations les concernant.

La défenderesse s'est déterminée le 14 mars 2012, relevant que selon le dossier de chômage, le demandeur a touché des indemnités de chômage du 1^{er} août 2004 au 31 juillet 2006, et que son dossier a été constitué depuis mai 2009 auprès du CSR, notant que le demandeur a indiqué dans sa demande de prestations AI avoir été au chômage de juin 2006 à juin 2008 puis avoir perçu l'aide du CSR, observant qu'il s'agit de contradictions difficilement compréhensibles.

Dans ses déterminations du 2 mai 2012, le demandeur nie à nouveau avoir fait des déclarations contradictoires. A cette occasion, il produit deux pièces sous bordereau, à savoir un extrait de compte pour la période du 1^{er} janvier 1999 au 31 décembre 2008 de la CCVD selon lequel il a perçu des indemnités chômage du mois d'août 2004 à septembre 2004 et d'avril 2005 à juillet 2006, ainsi qu'un extrait de compte du 1^{er} janvier 2009 au 31 décembre 2011 certifiant qu'il y était affilié en tant que personne sans activité lucrative pendant cette période.

E n d r o i t :

1. a) Conformément à l'art. 12 al. 3 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie; RS 832.10), les assurances complémentaires pratiquées par les caisses-maladie en plus de l'assurance maladie sociale ne sont pas soumises à la LAMal, mais sont régies par le droit des assurances privées, à savoir par la LCA (loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance; RS 221.229.1). Sont réputées assurances complémentaires au sens de l'art. 12 al. 3 LAMal toutes les couvertures d'indemnités journalières en cas de maladie soumises à la LCA (TF 4A_445/2010 du 1^{er} décembre 2010, consid. 2.1; TF K 95/1999 du 24 juin 1998, consid. 3b, in JT 1999 III 106 ss; cf. aussi Jean Fonjallaz, Compétence et procédure en matière de contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie, in JT 2000 III 79 ss; Jean-Baptiste

Ritter, Le contentieux de l'assurance-maladie privée en cas de perte de gain : Droit fédéral et compétences cantonales, in : Colloques et journées d'études 1999-2001, Lausanne 2002, p. 763 ss). Tel est le cas du contrat d'assurance invoqué en l'espèce.

b) En matière de droit transitoire, l'art. 404 al. 1 CPC (code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272) prévoit que les procédures en cours à l'entrée en vigueur de la présente loi sont régies par l'ancien droit de procédure jusqu'à la clôture de l'instance.

Le décret du Grand Conseil du 20 mai 1996 relatif à l'attribution au Tribunal cantonal des assurances de la compétence du contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie (DTAs-AM; RSV 173.431; actuellement abrogé) est donc applicable dans le cas présent. Le contentieux visé par ce décret doit désormais (à partir du 1^{er} janvier 2009) être jugé par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

Quant bien même il s'agit d'une cause civile, sont applicables les règles de procédure prévues pour l'action de droit administratif (cf. JT 2009 III 43), au sens des art. 106 ss LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36).

c) La cause, valablement introduite en la forme, ressortit à la compétence de la Cour composée de trois magistrats, dès lors que la valeur litigieuse dépasse le seuil de 30'000 fr. jusqu'auquel la cause peut être tranchée par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 107 LPA-VD).

2. a) A la différence de la couverture des soins de l'assurance-maladie sociale, les assurances-maladie complémentaires ne sont pas régies exhaustivement par la loi; elles relèvent, avec les restrictions propres au droit du contrat d'assurance régi par la LCA, du principe de la liberté contractuelle, qui implique non seulement la liberté de contracter ou de ne pas contracter, mais aussi d'aménager le contenu des rapports

contractuels (Brulhart, Droit des assurances privées, Berne 2008, pp. 120 ss).

Dans la pratique, les conditions d'assurance forment le contenu ordinaire et typique du contrat d'assurance; elles se subdivisent en conditions générales (art. 3 al. 1 LCA) et en conditions particulières, lesquelles font partie intégrante du contrat (Brulhart, op. cit.). En l'occurrence, l'art. 25 des CGA de la défenderesse prévoit expressément que la LCA fait foi sauf dispositions contraires.

b) A teneur de l'art. 33 LCA, sauf disposition contraire de cette même loi, l'assureur répond de tous les événements qui présentent le caractère du risque contre les conséquences duquel l'assurance a été conclue, à moins que le contrat n'exclue certains événements d'une manière précise, non équivoque.

En l'occurrence, au titre des maladies assurées, l'art. 2 ch. 1 première phrase des CGA de la défenderesse dispose qu'est réputée maladie toute atteinte involontaire à la santé physique ou psychique, constatée médicalement qui n'est pas la conséquence d'un accident (art. 2), qui nécessite un traitement médical et qui entraîne une incapacité de travail.

Il y a incapacité de travail lorsque l'assuré est totalement ou partiellement incapable d'exercer sa profession ou une autre activité lucrative pouvant raisonnablement être exigée de lui (art. 5 ch. 1 première phrase CGA).

c) En matière d'assurances sociales (ATF 135 V 39 consid. 6.1), comme d'ailleurs en matière d'assurances privées (ATF 130 III 321), le juge fonde généralement sa décision sur des faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Aussi, lorsque ce même juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations

auxquelles il doit procéder d'office, est convaincu que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de chercher d'autres preuves ("appréciation anticipée des preuves"; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2^e éd., p. 274; Guldener, Schweizerisches Zivilprozessrecht, 3^e éd., Zurich 1979, p. 321; ATF 130 II 425 consid. 2.1; 122 II 464 consid. 4a; 122 III 219 consid. 3c; 120 Ib 224 consid. 2b; 119 V 335 consid. 3c et la référence).

3. Il convient en premier lieu de déterminer si la défenderesse était en droit de mettre unilatéralement fin au contrat au motif d'une réticence (art. 4 et 6 LCA).

a) 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 visés à l'art. 4 LCA 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, soit toutes les circonstances permettant de conclure à l'existence de facteurs de risque (TF 9C_99/2008 du 3 juillet 2008, consid. 3.3.2; ATF 118 II 333 consid. 2a p. 336). Il s'agit donc de l'ensemble des faits qui sont de nature à influencer, dans le cas particulier, la survenance, l'intensité et l'importance du risque, c'est-à-dire non seulement les faits qui font naître le risque, mais aussi tous ceux qui permettent de conclure rétrospectivement à l'existence d'un risque (TF 9C_99/2008 du 3 juillet 2008 ibidem; Urs Ch. Nef, Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, n. 12 ad art. 4 LCA). Selon la jurisprudence, il est décisif de déterminer si et

dans quelle mesure le proposant pouvait donner de bonne foi une réponse inexacte à l'assureur, au regard des circonstances concrètes et selon la connaissance personnelle qu'il avait de la situation et, le cas échéant, compte tenu encore des 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 soigneusement aux questions posées (TF 9C_99/2008 du 3 juillet 2008, consid. 3.3.3; ATF 118 II 333 consid. 2b p. 337; Urs Ch. Nef, op. cit., n. 26 ad art. 4 LCA). Celui qui tait des indispositions sporadiques qu'il pouvait raisonnablement de bonne foi considérer sans importance pour l'évaluation du risque, sans devoir les tenir pour une cause de rechute ou de symptômes d'une maladie imminente aiguë, ne viole pas son devoir de renseigner (ATF 116 II 338 consid. 1b p. 340 et les références).

L'art. 4 al. 3 LCA instaure une présomption légale, réfragable, selon laquelle les faits au sujet desquels l'assureur a posé par écrit des questions précises, non équivoques, sont réputés importants pour le risque à couvrir (cf. TF 9C_99/2008 du 3 juillet 2008, consid. 3.3.4 et les références doctrinales). Cette présomption tend à faciliter la preuve de l'importance d'un fait pour la conclusion du contrat aux conditions prévues, en renversant le fardeau de la preuve (ATF 118 II 333 consid. 2a et les références citées). Il demeure loisible au preneur d'assurance de prouver que l'assureur aurait conclu le contrat aux conditions convenues même s'il avait connu le fait que le preneur d'assurance a omis de déclarer ou inexactement déclaré (ATF 99 II 67 consid. 4e p. 82; TF 4A_543/2008 du 28 janvier 2009, consid. 2.1; Nef, op. cit., n. 56 ad art. 4 LCA et les références citées).

L'art. 6 LCA (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2006, applicable au présent cas, cf. arrêt 4A_261/2008 du 1^{er} octobre 2008, consid. 3.1 a contrario) dispose que 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).

b) En l'espèce, il convient en premier lieu d'établir si le demandeur a omis de déclarer un fait important qu'il connaissait ou devait connaître lorsqu'il a complété son questionnaire de santé à l'attention de la défenderesse.

Lors de la signature de la proposition d'assurance le 18 mars 2008, le demandeur n'a pas déclaré souffrir d'une affection autre que le diabète (question 1. a)). Il n'a en outre pas indiqué en réponse à la question 2. c) («Souffrez-vous ou avez-vous souffert de maladies, de troubles ou d'affections du système nerveux ou du psychisme tels que: épilepsie, vertiges, paralysies, névrites, dépressions ou autres?») qu'il présentait un trouble bipolaire, pas plus qu'en réponse à la question 2. l) («Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'autres maladies, troubles ou dérangements pour lesquels aucune question n'a été posée?»). Par ailleurs, à la question 5. e) («Des médicaments vous ont-ils été administrés ou prescrits pendant plus de 4 semaines?»), il n'a mentionné que son diabète. Il a enfin répondu par la négative à la question 8. d) («Prenez-vous des analgésiques, des somnifères, des tranquillisants ou autres médicaments?»).

Or il est établi que le demandeur présente un trouble affectif bipolaire, et qu'il a été hospitalisé une première fois en 1994 pour décompensation maniaque (cf. rapport médical du 2 juin 2009 des Drs J._____ et K._____). Certes, les informations communiquées par les

Drs J._____ et K._____ dans leur rapport médical du 2 juin 2009 étaient en partie erronées, dans la mesure où ces médecins ont indiqué par erreur que le demandeur avait été hospitalisé en 2004 et 2005, et non pas en 1994 et 1995. Cela étant, le rapport de ces médecins du 2 juin 2009 a permis à la défenderesse d'apprendre que le demandeur souffrait depuis 1994 d'une maladie psychiatrique dont il n'avait pourtant pas mentionné l'existence en réponse aux questions qui lui étaient posées dans le cadre du questionnaire de santé qu'il a complété le 18 mars 2008. S'il convient de retenir que le demandeur n'a pas commis de réticence en ne mentionnant pas les hospitalisations intervenues en 1994 et 1995, ainsi que le bref suivi ambulatoire de février 2002, dès lors que le questionnaire de santé mentionne sans équivoque que les questions se réfèrent aux cinq dernières années, il n'en demeure pas moins qu'il aurait dû faire état à la question 2. c) voire à la question 2. l) de son trouble affectif bipolaire. C'est dès lors à bon droit que la défenderesse a invoqué la réticence par courrier du 10 juillet 2009.

Cela étant, il est apparu à la suite de l'envoi du courrier du Dr R._____ au Dr S._____ du 13 octobre 2009, auquel était joint un rapport d'admission du demandeur le 3 décembre 2008 auprès de l'Hôpital X._____, que celui-ci suivait un traitement au Lithium depuis 1994. Le rapport du 3 décembre 2008 détaillait pour le surplus les circonstances qui avaient conduit à la nouvelle prise en charge psychiatrique du demandeur: ce dernier avait arrêté son traitement de Lithium durant l'été 2008; il s'était alors senti euphorique et avait par la suite ressenti un certain épuisement, une tristesse et une perte d'énergie. Il était alors rentré en Suisse et avait recommencé son traitement de Lithium.

Il apparaît ainsi que le demandeur suit un traitement au Lithium de manière ininterrompue depuis 1994, sous réserve d'une période d'arrêt durant l'été 2008. Dans la mesure où il a répondu à la question 5. e) par l'affirmative, en précisant spontanément «diabète en cours», il y a lieu de constater que le demandeur a saisi la portée de cette question, et qu'il a jugé utile de faire état de son traitement contre le

diabète. Dans ces conditions, il aurait également dû mentionner l'existence de son traitement au Lithium, sauf à répondre de manière inexacte à cette question. Un traitement au Lithium de 1994 à 2008 (date de la signature de la proposition) constitue à l'évidence un élément qui doit pouvoir être pris en considération lors de l'appréciation du risque. Un tel fait ne pouvait échapper au demandeur. Du reste, ce traitement justifie un suivi et des lithémies. Interpellé sur ce point, le Dr Q._____ a ainsi expliqué avoir régulièrement examiné le demandeur de 2006 à 2008 et avoir effectué des lithémies à sa consultation les 5 mai et 14 novembre 2006, 29 mars 2007 et 19 décembre 2008. Le fait que le Dr R._____ ait déclaré le 3 mars 2010 que le demandeur prenait son traitement dans le cadre d'une prophylaxie ne permet pas de parvenir à un autre résultat. Le Dr S._____ a du reste indiqué dans sa note manuscrite du 18 mai 2010 que le Lithium constitue un traitement à long terme dans le contexte d'une maladie psychiatrique grave, destiné à éviter des poussées évolutives, avec la précision que ce traitement doit être prescrit et nécessite des contrôles (sanguins) réguliers.

Il convient ainsi de retenir que le demandeur a commis une réticence en ne mentionnant ni son trouble affectif bipolaire, ni ce suivi médicamenteux.

c) Il y a lieu dans ces conditions d'examiner le respect par l'assurance du délai de péremption prévu par l'art. 6 LCA.

Il est constant que ce délai ne commence à courir que lorsque l'assureur est complètement orienté sur tous les points concernant la réticence et qu'il en a une connaissance effective, de simples doutes à cet égard étant insuffisants (ATF 118 II 333 consid. 3a p. 340).

Selon la jurisprudence, lorsque l'assureur a connaissance successivement, à des dates différentes, de diverses réticences concernant des faits importants et distincts, un délai autonome court pour chacune des réticences, à partir du moment où l'assureur en a connaissance (ATF 116 II 338 consid. 2a, 109 II 159 consid. 2c). Si

l'assureur qui s'est départi du contrat en raison d'une réticence, dans le délai de quatre semaines à compter du moment où il l'a connue, n'a pas à répéter sa déclaration de résolution si des faits constitutifs d'une autre réticence parviennent ultérieurement à sa connaissance, il n'en doit pas moins faire valoir les moyens ressortissant à ces faits distincts dans le délai de quatre semaines imparti par l'art. 6 LCA (Hans Roelli/Max Keller, Kommentar zum Schweizerischen Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908, Band I, 2e éd. 1968, p. 129 s.; arrêt du 19 novembre 1982 de la Cour de justice civile du canton de Genève, in RBA XV n° 10 p. 51).

En l'espèce, se pose d'abord la question de savoir si le délai de quatre semaines a été respecté à l'occasion de la résiliation intervenue le 10 juillet 2009. De l'avis du demandeur, c'est la date de réception du rapport médical du 2 juin 2009 qui est déterminante, et non pas celle à laquelle le médecin-conseil de la défenderesse en a pris connaissance. Il en déduit que la résiliation est intervenue tardivement. Or il apparaît au stade de la vraisemblance prépondérante que le médecin-conseil de la défenderesse a effectivement pris connaissance du rapport daté du 2 juin 2009 le 13 juin 2009, conformément à la mention manuscrite figurant sur le haut de la première page du rapport, et suivi de sa signature. Il apparaît en effet que le médecin-conseil de la défenderesse date et signe les documents qui lui sont soumis lorsqu'il en prend connaissance. Il a du reste déclaré procéder de la sorte le 26 janvier 2010 lorsque la défenderesse l'a interpellé sur ce point, et les pièces médicales produites lui ayant été soumises portent cette mention (ainsi le rapport médical du 2 juin 2009, celui du 13 octobre 2009 ou encore celui du 17 juillet 2009). Dès lors qu'il convient de retenir que le Dr S._____ n'a eu connaissance de la teneur du rapport du 2 juin 2009 qu'en date du 13 juin 2009, la réticence invoquée le 10 juillet 2009 l'a été en temps utile.

Quoi qu'il en soit, lorsque la défenderesse a appris l'existence du traitement de Lithium, à la suite de la communication du 13 octobre 2009 du Dr R._____ à son médecin-conseil, elle a à nouveau invoqué la réticence, en temps utile, par courrier du 21 octobre 2009. C'est à cette

occasion en effet qu'elle a appris que le demandeur suivait un traitement de Lithium depuis 1994 de manière ininterrompue (sous réserve de l'été 2008), après avoir pris connaissance du rapport médical du 3 décembre 2008 joint à l'envoi du Dr R. _____ du 13 octobre 2009. En confirmant le 21 octobre 2009 sa résiliation du 10 juillet 2009, au motif que le demandeur n'avait pas fait état de son traitement de Lithium, la défenderesse a, à nouveau, respecté le délai de l'art. 6 LCA.

La défenderesse s'est ainsi valablement départie du contrat la liant au demandeur.

4. a) La défenderesse fait encore valoir que le demandeur aurait été absent de Suisse durant l'été 2008, jusqu'au début du mois de novembre 2008, en déduisant qu'il avait cessé dès cette date toute activité, si bien que le contrat d'assurance avait pris fin, conformément à l'art. 14 ch. 4 CGA. Selon cette disposition, «Le contrat d'assurance prend fin automatiquement avec la cessation d'activité définitive de l'entreprise. La Compagnie doit être informée de la fermeture définitive de l'entreprise dans les 30 jours.».

Quoi qu'en dise la défenderesse, il apparaît au vu des pièces produites par le demandeur que celui-ci n'avait pas mis un terme définitif à son entreprise lorsqu'il a signé la proposition d'assurance. Il a en effet produit un extrait de compte de la CCVD attestant qu'il cotisait en tant qu'indépendant, deux attestations de cette caisse selon lesquelles il y avait été affilié du 1^{er} octobre 2007 au 30 novembre 2008 en qualité de personne de condition indépendante, ainsi que le bilan et les comptes d'exploitation et de pertes et profits de son entreprise pour la période du 1^{er} novembre 2007 au 31 décembre 2008. La défenderesse ne saurait dès lors être suivie sur ce point.

b) La défenderesse fait finalement valoir que l'entreprise aurait changé de domicile, au motif que le demandeur aurait œuvré en [...] durant l'été 2008, et ce sans l'en aviser conformément à l'art. 20 CGA. Selon cette disposition, «Lorsque le genre d'entreprise, la profession ou le

domicile de l'entreprise change, le preneur d'assurance est tenu d'annoncer le changement intervenu dans les 14 jours à la Compagnie afin qu'elle soit en mesure d'adapter l'assurance aux nouvelles circonstances. La Compagnie se réserve le droit de refuser la continuation de l'assurance. A défaut d'avis, la Compagnie n'est plus liée à l'avenir par le contrat.». Là encore, ce grief n'est pas fondé. S'il apparaît effectivement que ce dernier a travaillé chez sa nièce durant l'été 2008, rien ne permet d'établir qu'il exerçait principalement son activité dans un autre pays. Point n'est besoin dès lors d'entendre sur cette question le témoin proposé par le demandeur, pas plus que sur la question du maintien de son activité. Ces deux moyens ne sont au demeurant pas déterminants pour l'issue du litige, dans la mesure où, ainsi qu'on l'a vu, la défenderesse s'est départie à bon droit du contrat la liant au demandeur.

5. a) En définitive, mal fondées, les prétentions formulées dans la demande du 3 mai 2010 doivent être rejetées.

b) Il ne sera pas perçu de frais de justice, la procédure étant gratuite pour les parties (cf. ancien art. 85 al. 3 LSA [loi fédérale du 17 décembre 2004 sur la surveillance des entreprises d'assurance; RS 961.01] applicable ratione temporis en l'espèce en vertu de l'art. 404 al. 1 CPC; cf. art. 113 al. 2 let. f CPC). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (cf. ancien art. 85 al. 2 et 3 LSA; cf. ATF 126 V 143).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Les conclusions prises par A._____ à l'encontre de W._____SA, selon demande du 3 mai 2010, sont rejetées.

II. Il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

Le jugement qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Bertrand Pariat (pour M. A. _____),
- Me Muriel Vautier (pour W. _____ SA),

par l'envoi de photocopies.

Un appel au sens des art. 308 ss CPC peut être formé dans un délai de 30 jours dès la notification du présent jugement en déposant au greffe du Tribunal cantonal un mémoire écrit et motivé. Le jugement objet du recours doit être joint.

La greffière :