

Tribunal civil de la Broye du canton de Fribourg, 31 octobre 2000,
d'A. c. Zurich, compagnie d'assurances sur la vie, Zurich

Faits: Par demande du 16 septembre 1999, A. d'A. a ouvert action en paiement devant le Président du Tribunal civil de la Broye contre la Zurich, compagnie d'assurances sur la vie.

La Zurich, compagnie d'assurances sur la vie, a répondu en date du 25 janvier 2000.

Le 31 mai 2000, le demandeur a déposé un mémoire complémentaire, mémoire par lequel il a augmenté ses conclusions.

La défenderesse a répondu au mémoire complémentaire le 5 juin 2000, maintenant intégralement ses conclusions prises le 25 janvier 2000.

A. d'A. et, au nom de la Zurich, compagnie d'assurances sur la vie, R. B., assistés de leur mandataire, ont comparu à l'audience du Juge de céans du 6 juin 2000. La tentative de conciliation a alors échoué. Les parties ont ensuite été interrogées. Au terme de l'audience, un délai de vingt jours a été imparti aux parties pour se déterminer sur la suite de la procédure.

Par courrier du 5 juillet 2000, la défenderesse a déclaré n'avoir pas de réquisition particulière sur la suite de la procédure.

Le 11 juillet 2000, le demandeur a requis l'audition en qualité de témoins du Dr Z., médecin à E.-le-L., et de C. B., à N. Il a en outre requis la mise en oeuvre d'une expertise médicale afin d'établir qu'il était invalide à 100 % depuis le 17 mars 1998.

A. d'A. et, au nom de la Zurich, compagnie d'assurances sur la vie, R. B., assistés de leur mandataire, ont comparu à l'audience du Juge de céans de ce jour. Le demandeur a modifié ses conclusions en les augmentant. La défenderesse a maintenu intégralement des conclusions. Dr Z. et C. B. ont ensuite été entendus en qualité de témoins. Les déclarations faites par les parties et les témoins aux audiences des 6 juin 2000 et de ce jour seront reprises et discutées, pour autant que besoin, dans la partie en droit du présent jugement. Au terme de la procédure probatoire, les mandataires des parties ont plaidé. Il y a eu réplique.

Motifs: A. d'A. requiert paiement à la Zurich, compagnie d'assurances sur la vie, des montants suivants : Fr. 1'230.-- plus intérêt à 5 % dès le 18 juin 1998, Fr. 3'600.-- plus intérêt à 5 % dès le 18 mars 1999, Fr. 900.-- plus intérêt à 5 % dès le 18 mars 2000, Fr. 900.-- plus intérêt à 5 % dès le 18 juin 2000 et Fr. 900.-- plus intérêt à 5 % dès le 18 septembre 2000. La Zurich, compagnie d'assurances sur la vie, a conclu au rejet.

De mémoire de demande, il ressort, en substance, ce qui suit. Les parties ont conclu, en 1997, un contrat d'assurance vie et de prévoyance liée. Ce contrat prévoyait notamment le versement d'une rente de Fr. 3'600.-- en cas d'incapacité de gain, payable après un délai d'attente de douze mois, et une libération du paiement des primes en cas d'inca

pacité de gain, après un délai d'attente de trois mois. Antérieurement à la conclusion du contrat, A. d'A. avait signé une proposition d'assurance le 14 mai 1997. Cette proposition comportait une rubrique "déclaration simplifiée de santé" comportant trois questions (9, 10 et 11). Sur la proposition signée par le demandeur, il a été répondu négativement aux questions 10 et 11. Le demandeur était en incapacité totale de gain depuis le 17 mars 1998, cela en raison de la rupture de la coiffe des rotateurs à l'épaule gauche. Les causes de cette incapacité de gain tenaient à une rechute faisant suite à un accident de 1993. Suite à ces événements, A. d'A. a fait valoir auprès de la Zurich, compagnie d'assurances sur la vie, son droit à la libération du paiement des primes ainsi qu'au paiement de la rente pour incapacité de gain. La défenderesse a admis devoir au demandeur une somme de Fr. 1'230.-- à titre de restitution de primes. Le 19 octobre 1998, elle a fait valoir un cas de réticence en relation avec les réponses aux questions 10 et 11 contenues dans la proposition du 14 mai 1997. Selon elle, A. d'A. lui avait caché un certain nombre d'accidents et de traitements suivis entre janvier 1992 et mars 1997. Par conséquent, la Zurich, compagnie d'assurances sur la vie, s'est départie préventivement du contrat. Le 15 avril 1999, elle a fait valoir que la personne qui avait négocié, soit C. B., et conclu pour elle le contrat d'assurance n'était qu'un agent négociateur et que le demandeur ne pouvait par conséquent pas se prévaloir de la connaissance qu'avait cet agent des faits inexactly déclarés. Cet agent s'est à trois reprises rendu personnellement au domicile d'A. d'A. et a insisté sur le fait qu'il venait de l'agence principale de Fribourg dont il était un des "grands représentants". Il avait avec lui un ordinateur avec accès à toutes les données de la Zurich. La proposition a été remplie à la main par M. B. Avant le 14 mai 1997, il s'était rendu à deux reprises chez le demandeur. Il lui avait alors exposé les grandes lignes de la proposition sans lui laisser aucun document à lire. Le demandeur ne comprend pas bien le français. Il a informé M. B. de ses problèmes de fractures à l'orteil, d'arthrose à l'orteil, d'ongle incarné et de lombalgies survenues au mois de mars 1997 et du fait qu'il n'avait aucune séquelle car il travaillait normalement. Ayant entendu ces explications, M. B. a coché la case "non" en relation avec les questions 10 et 11.

A. d'A. a pris position comme suit en relation avec les affections et traitements mentionnés dans l'attestation signée le 28 septembre 1998 par le Dr Z.

- 16.01.1992 : il s'agit d'une fracture d'orteil, ensuite d'un accident de chantier. Le demandeur n'avait plus de séquelles.

- 11.02.1992 : il s'agit d'une arthrose au gros orteil. Le demandeur n'avait pas de séquelles en 1997.

- 23.11.1996 : il s'agit d'une opération à un ongle incarné qui avait été suivi d'une infection trois semaines plus tard. Il n'y avait plus de séquelles en 1997.

- 20.01.1997: il s'agit d'un panaris au gros orteil. L'ongle du gros orteil a été enlevé.

- 08.03.1997: il s'agit de lombalgies en raison de travail de chantier. M. B. en a été informé le 14 mai 1997.
- 10.06.1997 : enlèvement de l'ongle en raison d'un panaris. Ces événements sont postérieurs à la signature de la proposition d'assurance.
- 13.12.1997 : il s'agit de douleurs à l'épaule gauche survenues après la signature de la proposition d'assurance.

Du mémoire de réponse, il ressort, en substance, ce qui suit. Antérieurement à la conclusion du contrat, A. d'A. a effectivement signé, le 14 mai 1997, une proposition sur les assurances de capitaux et de risque, ainsi que deux documents annexes, soit une feuille de calcul pour la proposition de prévoyance liée et un complément à la proposition. La déclaration simplifiée de santé se trouvait dans ce dernier document. Deux de ces documents, dont le dernier cité, rendaient attentif le preneur d'assurance à répondre exactement et complètement à toutes les questions posées, la validité du contrat pouvant en dépendre (art. 6 LCA), le dernier cité précisant de surcroît que la signature du preneur d'assurance engageait sa responsabilité même si les déclarations faites étaient écrites à la main d'une tierce personne. A propos de la déclaration simplifiée de santé, il a été effectivement répondu "non" aux questions 10 a (souffrez-vous de séquelles d'accidents, de troubles de la santé, d'une anomalie, d'une infirmité?), 10 b (votre capacité de travail est-elle réduite?) et 11 (avez-vous suivi, au cours des 5 dernières années, un traitement médical pendant plus de quatre semaines consécutives ou avez-vous été régulièrement sous contrôle médical dans cette période?). A réception de la déclaration de sinistre, la défenderesse a pris différents renseignements auprès des médecins concernés, par l'envoi de différentes formules. Ce n'est qu'à réception du questionnaire rempli le 28 septembre 1998 par le Dr M. Z. que la défenderesse a eu connaissance d'un cas de réticence. Elle s'est alors préventivement départie du contrat en date du 19 octobre 1998. Il ressort en effet du rapport Z. du 28 septembre 1998 qu'A. d'A. a souffert depuis 1992 de plusieurs affections ayant nécessité des traitements et occasionné des incapacités de travail, ce peu de temps encore avant la signature de la proposition d'assurance. Il est contesté en particulier le fait que l'assureur connaissait ou devait connaître les faits qui avaient été inexac-tement déclarés. Les relations contractuelles entre parties ont été nouées par l'intermédiaire de C. B., agent dit négociateur. La mention du nom de C. B. en haut de la police ne change rien au fait que celui-ci n'était qu'un agent dit négociateur. Le prénommé n'a jamais eu la qualité d'agent stipulateur. Le fait que la proposition d'assurance du 14 mai 1997 ait été remplie à la main de M. B. ne change rien au problème. En effet, la signature du preneur d'assurance engage sa responsabilité même si les déclarations faites sont écrites à la main d'une tierce personne. Quoiqu'il en soit le preneur d'assurance devait contrôler l'exactitude de ses réponses et était responsable du contenu de la proposition qu'il attestait par sa signature.

La société Zurich, compagnie d'assurances sur la vie, a pris position comme suit en relation avec les affections et traitements mentionnés dans l'attestation signée le 28 septembre 1998 par le Dr Z.

- 16.01.1992 : cette fracture du 2ème métatarsien gauche a entraîné une période d'incapacité de plus de trois mois. Cet événement ne saurait dire que le demandeur n'avait plus de séquelles en 1997 et justifier qu'il ait répondu non à la question 10 a.
- 11.03.1992 : cette arthrose au gros orteil gauche a nécessité un traitement de plus de huit mois et entraîné une période d'incapacité supérieure à trois mois. Cela ne saurait non plus dire que le demandeur n'avait plus de séquelles en 1997 et justifier qu'il ait répondu non à la question 10 a.
- 29.11.1996 : les tatarsalgies au pied droit ont entraîné une incapacité totale du 15 novembre 1996 au 13 janvier 1997, soit seulement quatre mois avant la signature de la proposition d'assurance.
- 20.01.1997 : le panaris au gros orteil droit a entraîné une période d'incapacité d'un mois jusqu'au 31 janvier 1997.
- 08.03.1997 : ces lombalgies ont conduit à une nouvelle période d'incapacité totale de près de deux mois jusqu'au 27 avril 1997, soit seulement quelques jours avant la signature de la proposition d'assurance. Il ne s'agit pas là d'un problème mineur pour un maçon de 48 ans travaillant sur les chantiers. La reprise de la capacité de travail n'est intervenue que trois semaines avant la signature de la proposition. Les trois derniers événements (29.11.96, 20.1.97, 8.3.97) ont entraîné un traitement médical pendant plus de quatre semaines consécutives.
- 10.06.1997 et 13.12.1997 : ces événements sont effectivement postérieurs à la signature de la proposition d'assurance. Il s'agit là de deux cas de rechute consécutifs à l'accident de 1993 qui devaient être déclarés.

Ces différents événements ont demandé sur une période relativement courte nombre de traitements et entraîné de longues périodes d'incapacité. Il est incontestable qu'il s'agit là de facteurs du risque importants et persistants et que si l'assureur en avait eu connaissance au moment de la signature de la proposition, il n'aurait pas manqué de conclure le contrat à d'autres conditions.

Dans la présente cause, il convient donc d'examiner si l'on se trouve en présence d'une réticence au sens de la loi sur le contrat d'assurance.

Aux termes de l'article 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 être connus lors de la conclusion du contrat (al. 1); sont importants tous les faits de nature à influencer sur la déter

mination 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 pose par écrit des questions précises, non équivoques. Quant à l'article 6 LCA, il prévoit que si celui qui devait faire la déclaration a, lors de la conclusion du contrat, omis de déclarer ou inexactement déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître (réticence), l'assureur n'est pas lié par le contrat, à condition qu'il s'en soit départi dans les quatre semaines à partir du moment où il a eu connaissance de la réticence. Enfin, l'article 8 LCA prévoit que, malgré la réticence (art. 6), l'assureur ne pourra pas se départir du contrat : (...) 3. Si l'assureur connaissait ou devait connaître le fait qui n'a pas été déclaré; 4. Si l'assureur connaissait ou devait connaître exactement le fait qui a été inexactement déclaré.

En l'espèce, le Juge de céans retient que, en répondant négativement aux questions 10 a, 10 b et 11 de la déclaration simplifiée de santé en date du 14 mai 1997, A. d'A. a commis une réticence au sens de l'article 6 LCA, ceci pour les raisons suivantes:

- A. d'A. a eu de nombreuses affections et de nombreuses incapacités de travail dans les cinq années qui ont précédé la signature de la proposition. Il ressort du dossier qu'il a dû subir une opération à un ongle incarné en novembre 1996; les tatarsalgies au pied ont entraîné une incapacité totale du 15 novembre 1996 au 13 janvier 1997, soit seulement quatre mois avant la signature de la proposition d'assurance. En janvier 1997, il a eu un panaris au gros orteil; l'ongle de cet orteil a été enlevé; cela a entraîné une période d'incapacité d'un mois jusqu'au 31 janvier 1997. En mars 1997, il a eu des lombalgies qui ont conduit à une nouvelle période d'incapacité totale de près de deux mois jusqu'au 27 avril 1997, soit seulement quelques jours avant la signature de la proposition d'assurance. Les périodes de traitements médicaux dépassaient donc largement quatre semaines. Quant aux incapacités de travail, elles sont, au total, d'environ 5 mois, cela dans les cinq années précédents la signature de la proposition d'assurance. A la séance du 6 juin 2000, A. d'A. a admis qu'il avait eu des problèmes de dos et qu'il avait été incapable de travailler du 1er mars 1997 au 27 avril 1997.

Les faits précités étaient manifestement connus d'A. d'A., puisqu'ils n'étaient antérieurs que de quelques jours et quelques mois seulement à la date de la signature de la proposition. Ils étaient en outre de nature à influencer sur la détermination de l'assureur de conclure le contrat ou de le conclure aux conditions convenues (cf. art. 6 LCA). En effet, A. d'A. n'était plus très jeune lorsqu'il a signé la proposition d'assurance; il était âgé de 48 ans. Compte tenu de son travail de maçon sur des chantiers, les lombalgies constituaient un risque très grand pour l'assureur. La profession pratiquée par le proposant est en effet importante pour l'appréciation du risque (cf. loi fédérale sur le contrat d'assurance, Edition annotée, Olivier Carré, note ad. art. 4 LCA, p.138). A l'évidence, si l'assureur avait eu connaissance de ces nombreuses affections et incapacités qui ont eu lieu dans les cinq ans précédant la signature de la proposition, il n'aurait pas conclu le contrat d'assurance ou, à tout le moins, à d'autres conditions. Cela amène le Juge de céans à constater que, lors de la conclusion du contrat, A. d'A. a omis de déclarer des faits importants qu'il con

naissait et a ainsi commis une réticence. Il n'est pas du tout compréhensible au vu des nombreuses affections et incapacités de gain susmentionnées qu'il réponde négativement aux questions 10 a (souffrez-vous de séquelles d'accidents, de troubles de la santé, d'une anomalie, d'une infirmité?) et 11 (avez-vous suivi, au cours des 5 dernières années un traitement médical pendant plus de quatre semaines consécutives ou avez-vous été régulièrement sous contrôle médical durant cette période?). Une réponse négative aux questions ci-dessus est choquante et incompréhensible, compte tenu du cas d'espèce. Selon la jurisprudence, il faut en effet admettre une réticence à charge de celui qui, questionné sur des maladies antérieures, répond négativement, alors même que l'incapacité de travail subie, les méthodes de traitement adoptées et la longueur du traitement excluent la qualification de simple dérangement passager, mais constituent une véritable altération de la santé (TA BS RBA XVI n° 10). Que tel est le cas en l'espèce. L'altération de la santé d'A. d'A. n'était manifestement pas un simple dérangement passager, vu les traitements et incapacités subis par celui-ci; il s'agissait là de facteurs du risque importants, persistants et au sujet desquels l'assureur a posé des questions. Par ailleurs, le fait qu'il est actuellement en incapacité totale de travail (cf. déclaration du témoin Z.) démontre que les troubles de la santé du demandeur n'étaient pas bénins. Pour l'appréciation du risque est importante l'indication de la totalité des sinistres subis durant les cinq dernières années. Ainsi, en répondant négativement aux questions précitées, la Zurich n'a pas pu apprécier le risque. Certes, A. d'A. n'a peut-être pas été de mauvaise foi. Cependant, il est sans importance que la violation de l'obligation de déclarer soit fautive ou non (op.cit. note ad. art. 6 LCA, p. 146).

Concernant les questions contenues dans le questionnaire de santé, elle sont claires, précises et non équivoques. Aucun terme ne présente des difficultés de compréhension, cela même pour une personne dont la langue d'origine est l'italien. A. d'A. ne saurait donc prétendre qu'il n'a pas bien compris les questions 10 et 11 du questionnaire de santé du fait qu'il ne parle pas bien le français. Le Juge de céans a constaté à l'audience du 6 juin que le prénommé parlait bien le français. De plus, les termes français utilisés dans le formulaire de français sont très proches des termes correspondants en italien. Ainsi, les termes français "traitement médical", "consécutives", "hospitalisation" et "hôpital" se traduisent en langue italienne en : "trattamento medico", "consecutivo", "ospedalizzazione" et "ospedale". Quant aux phrases 10 a, 10 b et 11, elles se traduisent comme suit : "Soffritevi di postumi di incident, di agitazioni della salute, di un'anomalia, di un'infermita", "la vostra capacità di lavoro è lei ridotta" et "Avete vi seguiti durante i 5 ultimi anni un trattamento medico durante più di 4 settimane consecutivo o vi avete regolarmente estate sotto controllo medico in questo periodo". Il y a donc lieu de constater que les termes français des questions précitées sont tout à fait compréhensible pour une personne de langue maternelle italienne, laquelle dispose de quelque connaissance de la langue française. A. d'A. ne saurait donc soutenir que, pour lui, avoir été en traitement signifiait avoir été à l'hôpital. Il n'a par ailleurs pas posé de questions au sujet de termes qu'il n'aurait pas compris ou mal compris dans le questionnaire de santé.

- la proposition d'assurance contenait un avertissement (cf. complément à la proposition, bord. produit avec la réponse du 25.1.2000, pce 3) qui a informé A. d'A. qu'il devait répondre à toutes les questions posées de manière complète et exacte du fait que la validité du contrat d'assurance pouvait en dépendre. A. d'A. ne peut se prévaloir du fait qu'il n'a pas lu la proposition avant de la signer. En effet, le fait de signer sans la lire une proposition signée par l'agent constitue un manquement (cf. Loi fédérale sur le contrat d'assurance, Edition annotée, Olivier Carré, note ad. art. 4 LCA, p.130). En outre, même lorsqu'il est conseillé dans ses réponses au questionnaire par un agent de l'assureur, le proposant n'est pas dispensé de tout devoir d'attention. Il appartient ainsi à celui qui laisse à l'agent le soin de remplir le questionnaire, non seulement de relire, avant de signer, les questions et les réponses, mais aussi, le cas échéant, de vérifier les réponses qui ont été inscrites en son nom. On peut dès lors dire qu'A. d'A. ne peut s'en prendre qu'à lui-même s'il n'a pas lu des réponses aux questions 10 et 11, réponses cochées par l'agent d'assurance Bratschi, et qu'il n'a pas fait attention à l'avertissement mentionné sur le complément à la proposition.

- Rien au dossier ne permet de dire que C. B. s'est présenté à A. d'A. en qualité d'agent stipulateur et qu'il a agi en cette qualité.

Il est notoire que, en principe, tous les agents en Suisse sont des agents négociateurs (cf. décl. de R. B., PV du 6 juin 2000, p. 4). Quant à la jurisprudence, elle admet les agents ont rarement la qualité d'agents contractant ou stipulateurs, du moins dans les branches vie et accidents (cf. loi fédérale sur le contrat d'assurance, Edition annotée, Olivier Carré, note ad. art. 4 LCA, p.126).

Des déclarations faites par A. d'A. à l'audience du 6 juin 2000, il ressort ce qui suit. Auparavant, d'autres agents de la Z. venant de P. lui avaient proposé des assurances vie. Il avait refusé parce qu'il ne voulait pas faire une assurance avec des gens de par-là. Il pensait que quelqu'un venant d'une agence plus importante connaissait mieux et pouvait mieux expliquer. M. B. lui avait dit qu'il venait de F. où il était responsable. Il avait un ordinateur. Le demandeur a pensé que c'était un des grands chefs de l'agence de F. Les autres agents venaient avec un stylo et du papier. C'était pour cela qu'il avait pensé que M. B. était un responsable. Quant à C. B., il a dit que, jusqu'en 1998, il ne travaillait que pour la Zurich et qu'il était agent négociateur. Il a précisé qu'il avait remis une carte de visite à A. d'A. et que celle-ci indiquait le nom de la Zurich, sa fonction de conseiller financier, son nom et ses coordonnées.

Le Juge de céans constate donc que C. B. ne s'est jamais présenté à A. d'A. en qualité d'agent stipulateur. En remettant au demandeur sa carte de visite, ce dernier pouvait s'apercevoir que C. B. n'était pas un agent stipulateur. La carte de visite mentionnait en effet une fonction de conseiller financier. Ces termes "conseiller financier" ne sont pas équivoques et indiquent clairement que C. B. ne pouvait pas conclure des contrats pour la Zurich Assurances. Si A. d'A. avait prêté attention à la carte de visite que C. B. lui avait remise, il se serait aperçu que celui-ci n'était pas un des grands chefs de l'agence de F. Quant au fait pour un agent de venir de P. ou de F., il ne permet pas d'en déduire sa qualité d'agent

stipulateur. Il en va de même pour ce qui du fait de disposer d'un ordinateur. Avec le développement informatique de ces dernières années, il est usuel de voir des agents d'assurances, des représentants utiliser un ordinateur portable.

A. d'A. a soutenu qu'il avait informé C. B. de ses problèmes de fractures à l'orteil, d'arthrose à l'orteil, d'ongle incarné et de lombalgies survenues au mois de mars 1997.

Il ressort des déclarations faites par A. d'A. ce qui suit. La personne qui a fait l'assurance était venue plusieurs fois chez lui, toujours la journée. Elle avait donc vu qu'il était à la maison et non au travail et qu'il était donc en incapacité de travail. Elle est même venu lorsqu'il avait des cannes à cause du pied. A. d'A. lui a dit qu'il était malade et qu'il allait chez le docteur. Quand M. B. lui a demandé s'il avait des séquelles d'un accident, il a répondu non, car il n'avait pas de séquelles. Lorsque l'agent d'assurance est allé chez lui, il lui a demandé pourquoi il ne travaillait pas. A. d'A. lui a répondu qu'il avait mal au dos. L'agent n'a pas demandé et le demandeur ne lui a pas dit depuis combien de temps. Ce dernier ne lui a pas dit qu'il avait été pratiquement trois mois à l'assurance depuis le début de l'année. L'agent a vu qu'A. d'A. était à l'assurance, puisqu'il était à la maison. Il a en outre vu qu'il avait mal au pied et une autre fois mal au dos. Au mois de janvier, le demandeur avait dit à M. B. qu'il était depuis deux semaines à la maison à cause du pied.

Des déclarations faites par C. B., il ressort ce qui suit. Le prénommé est allé plusieurs fois chez A. d'A. avant le 14 mai 1997. Il y est allé la première fois en février 1997. Il y est encore allé le 19 mars et finalement le 14 mai. Il y est allé en pleine journée et en semaine. Il croit que le demandeur était juste un peu grippé et que ce n'était pas un arrêt de longue durée. Il ne l'a pas vu avec des cannes. Il l'avait vu une fois à 11 heures et une fois à 14 heures. L'une des fois, il se rappelle que le demandeur était un peu grippé. Pour l'autre fois, il a pensé qu'il avait pris une ou deux heures de congé. Il n'a pas su qu'il était incapable de travailler. A. d'A. lui avait dit qu'il avait été à l'incapacité de travail, mais ces incapacités n'avaient pas duré plus de quatre semaines. Puisque C. B. a posé la question et qu'il a répondu non, cela veut bien dire que le demandeur lui a répondu que son incapacité n'avait pas duré plus de quatre semaines consécutives. A. d'A. lui avait parlé de douleurs au dos, mais sans qu'il y avait eu traitement. C. B. ne se souvient pas que le demandeur lui ait parlé d'un problème de fracture à l'orteil. Il ne se souvient pas d'avoir discuté d'un problème à l'orteil. A. d'A. lui avait dit qu'il avait été à l'incapacité de travail pour des douleurs lombaires, mais cela pour une courte durée, sans qu'il y ait de traitements. Il lui avait précisé qu'il n'y avait jamais eu plus de quatre semaines d'incapacité.

Sur ce point, le Juge de céans constate que les déclarations d'A. d'A. et de C. B. sont quelque peu contradictoires. Cependant, il apparaît que le demandeur n'a donné aucune précision sur les affections dont il souffrait. En effet, il a répondu négativement à la question de savoir s'il avait des séquelles d'un accident. Il a dit à l'agent d'assurance qu'il avait mal au dos, sans toutefois préciser depuis combien de temps. Il n'a pas non plus dit qu'il était à l'incapacité de travail et qu'il avait eu de nombreuses incapacités de travail peu de temps auparavant - il n'a en tous cas pas prouvé ces faits. Ainsi, C. B. ne pouvait connaître toutes les affections et les incapacités de travail qu'a eu A. d'A. Il ne l'a en outre pas vu avec des cannes. Concernant la présence du demandeur à son domicile, une fois à 11 heures et une fois à 14 heures, C. B. pensait que le proposant avait pris une ou deux heu

res de congé et qu'il était grippé. Vu le peu d'information qu'A. d'A. a données, C. B. pouvait raisonnablement penser cela. Il ne pouvait pas deviner qu'A. d'A. avait de graves problèmes de dos et qu'il avait eu de nombreuses incapacités de travail. En définitive, le Juge de céans retient qu'A. d'A. n'a pas établi qu'il a informé C. B. de toutes ses affections et incapacités de travail et que ce dernier ne pouvait les deviner. Le demandeur ne peut donc s'exonérer de ses réponses déficientes indiquées sur le questionnaire de santé au motif que l'agent en aurait minimisé l'importance ou pas tenu compte, puisqu'il était reconnaissable pour lui que les faits concernés étaient indubitablement importants non seulement objectivement mais également en les considérant du point de vue personnel (cf. loi fédérale sur le contrat d'assurance, Edition annotée, Olivier Carré, note ad. art. 4 LCA, p.127).

Pour ce qui est de la résiliation du contrat d'assurance, elle est intervenue dans le délai de quatre semaines à partir du moment où l'assureur a eu connaissance de la réticence. En effet, la Zurich, compagnie d'assurances sur la vie, a eu connaissance du cas de réticence à réception du questionnaire rempli le 28 septembre 1998 par le Dr Z. et elle s'est départie du contrat en date du 19 octobre 1998. De plus, il a été démontré ci-dessus que l'assureur ne connaissait pas ou ne devait pas connaître le fait qui a été inexactement déclaré (cf. art. 8 ch. 4 LCA). La résiliation est donc valable.

Au vu de ce qui précède, le Juge de céans constate qu'A. d'A. a violé le prescrit de l'article 4 LCA et qu'il y a, en l'espèce, réticence au sens de l'article 6 LCA. En conséquence, la demande doit être rejetée.

Les dépens doivent être mis à la charge d'A. d'A. qui succombe, en application de l'article 111 CPC.

Les frais de justice dus à l'Etat, par Fr. 1'000.-- (émoluments : Fr. 620.-- ; débours : Fr. 380.--), seront acquittés par chacune des parties à raison de la moitié.

par ces motifs,
le Président du Tribunal
prononce:

1.- La demande est rejetée.

2.- Les dépens sont mis à la charge d'A. d'A.

Les frais de justice dus à l'Etat, par Fr. 1'000.-- (émoluments : Fr. 620.-- ; débours Fr. 380.--), seront acquittés par chacune des parties à raison de la moitié.