

Arrondissement judiciaire I Courtelary-Moutier-La Neuveville

Moutier, le 18 août 2008

C 06 1273

Le Président 2: Ph. Beuchat

Le Greffier : D. Steiner

J u g e m e n t

en la procédure civile liée entre

X. ,

représenté en justice par Maître Jean-Marie Allimann, avocat,

demandeur

et

A. , **Société suisse d'assurance sur la vie,**

représentée en justice par Maître André Gossin, avocat,

défenderesse



CONSIDERANT

En fait :

A. Par mémoire de demande du 4 septembre 2006 (dossier, pp. 2 ss), introduit sans préalable de conciliation en raison de la renonciation des parties à tenter la conciliation (dossier C 06 736), le demandeur a pris les conclusions suivantes :

1. *Condamner la défenderesse à verser annuellement et à partir du 02.06.2004 et jusqu'au 01.01.2028, la somme de Fr. 9'000.- au demandeur à titre de prestation en cas d'incapacité de gain en raison de la police d'assurance n° L/0721807, avec intérêts à 5% dès le 02.06.2004 ;*
2. *Sous suite des frais et dépens.*

A l'appui de ces conclusions, il allègue en substance avoir passé avec la défenderesse un contrat d'assurance sur la vie qui est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2001 et qui prévoyait, entre autres, le versement d'une rente annuelle de fr. 9'000.00 jusqu'au 1^{er} janvier 2028 avec exonération du paiement des primes en cas d'incapacité de gain du preneur d'assurance. Suite à un accident de travail survenu le 25 février 2004 au cours duquel il a été violemment heurté au dos, le demandeur s'est retrouvé en incapacité de gain et en a averti la défenderesse le 2 juin 2004. Par courrier du 19 juillet 2004, la défenderesse a toutefois résilié le contrat en invoquant une réticence commise par le demandeur en donnant des informations fausses dans le formulaire de proposition d'assurance. Selon la défenderesse, le demandeur aurait dû déclarer un traitement suivi auprès du Dr E. Ce reproche n'est cependant pas fondé, puisque le demandeur n'a pas suivi de traitement médical prolongé. En particulier, il a été victime d'un accident de moto le 25 juin 2000 qui n'a toutefois donné lieu ni à un traitement médical ni à des contrôles répétés et qui n'a entraîné aucun désagrément majeur pour sa santé. Il n'existe par ailleurs aucun lien de causalité entre cet accident et l'incapacité de travail actuelle du demandeur. Partant, le demandeur ne souffrait d'aucune infirmité ou séquelle de maladie ou d'accident lorsqu'il a rempli le formulaire de proposition d'assurance. Enfin, rien n'obligeait le demandeur à informer la défenderesse d'un suivi médical qui a débuté le 13 décembre 2000 sans entraîner de perte de gain. En conséquence, la défenderesse n'est pas en droit de résilier le contrat et doit verser au demandeur les prestations d'assurance convenues.

B. Par mémoire de réponse du 15 novembre 2006 (dossier, pp. 23 ss), déposé dans le délai imparti, la défenderesse a pris les conclusions suivantes :

1. *Débouter X. de toutes ses conclusions ;*
2. *Sous suite des frais et dépens.*

A l'appui de ces conclusions, elle fait valoir notamment que la qualité du demandeur pour agir est douteuse en raison du fait qu'il a cédé ses droits vis-à-vis de la défenderesse au Service social régional à concurrence de l'avance octroyée par celui-ci mais dont on ignore cependant le montant. Le demandeur a rempli le formulaire de proposition d'assurance le 12 décembre 2000. Il a déclaré ne pas avoir été en trai-

tement médical durant plus de trois semaines durant les cinq dernières années, ni n'avoir dû se soumettre à des contrôles médicaux répétés. Il a également indiqué ne souffrir d'aucun trouble de la santé, d'aucune infirmité ni de séquelles de maladie ou d'accident. Or, il a été soigné par le Dr E. du 13 décembre 2000 au 16 mars 2001 pour des douleurs résiduelles suite à l'accident de moto survenu en été 2000. Il avait l'obligation de signaler cela à la défenderesse, car son obligation de déclarer subsistait entre la signature du formulaire de proposition et l'acceptation de celle-ci par la défenderesse. Le Dr F. avait déjà constaté, le 31 juillet 2000, que le demandeur souffrait de lombalgies basses mécaniques persistantes suite à un accident de moto survenu trois semaines plus tôt. Il importe peu qu'il existe ou non un lien de causalité entre l'accident de moto de juin 2000 et les douleurs dont le demandeur s'est plaint dès le 25 février 2004. Le seul point qui compte est le fait que le demandeur n'a pas informé la défenderesse de ce qui précède avant que celle-ci n'accepte la proposition d'assurance. Cette violation du devoir de déclarer des faits qui auraient modifié la décision de la défenderesse de conclure le contrat justifie une résolution de celui-ci *ex tunc*.

- C. Une première audience de débats a été tenue le 22 mars 2007 (dossier, pp. 40 ss). En premières plaidoiries, les parties ont confirmé les conclusions prises dans leurs mémoires. Au vu de l'attestation du Service social régional de la Prévôté déposée par le demandeur (PJ 21 demandeur), la défenderesse a déclaré ne plus contester la qualité pour agir du demandeur dans la présente procédure. Le Président 2 de l'arrondissement judiciaire I Courtelary - Moutier - La Neuveville (ci-après le Juge), a rendu l'ordonnance sur les preuves suivante :

1. *La défenderesse prouvera les faits selon lesquels le demandeur a, lors de la conclusion du contrat, respectivement entre le moment auquel il a signé la proposition d'assurance et celui auquel cette dernière a été acceptée par la défenderesse, omis de déclarer ou inexactement déclaré des faits importants qu'il connaissait ou devait connaître, en répondant négativement aux questions n° 1.3 (« Souffrez-vous actuellement de troubles de santé ? »), 4.1 (« Avez-vous, au cours des 5 dernières années, été en traitement médical durant plus de 3 semaines ou avez-vous dû vous soumettre à des contrôles médicaux répétés ? ») et 4.4 (« Souffrez-vous d'une infirmité, exis-*

te-t-il des séquelles de maladie ou d'accident ? ») du questionnaire de santé.

Le demandeur est admis à la contre-preuve de ces faits.

2. *Le demandeur prouvera les faits selon lesquels la défenderesse lui est redevable d'une rente annuelle de fr. 9'000.00 du 2 juin 2004 au 1^{er} janvier 2028, avec intérêts à 5 % dès le 2 juin 2004. Il prouvera en particulier être en incapacité de gain, et le taux de cette incapacité.*

La défenderesse est admise à la contre-preuve de ces faits.

3. *La défenderesse prouvera les faits selon lesquels le demandeur est apte à exercer une activité lucrative adaptée à son état de santé, soit une activité légère à moyennement lourde, et ce depuis mai 2004.*

Le demandeur est admis à la contre-preuve de ces faits.

Lors de son interpellation, le demandeur a déclaré être marié et père de trois enfants âgés de 14, 12 et 10 ans. Son épouse n'a pas d'activité professionnelle. Il ne travaille plus depuis février 2004 et est suivi par I. à Moutier. Il a déposé une demande auprès de l'assurance-invalidité le 23 novembre 2004 et a reçu une décision négative le 15 février 2007 contre laquelle un recours a été déposé. Il est soutenu par les œuvres sociales de Moutier. Il a eu un accident de moto le 25 juin 2000 derrière la gare à Moutier. Sa moto a tapé contre une voiture qui lui a coupé la route. Elle est tombée par terre, mais lui n'a pas chuté. Il a sauté de la moto et a laissé cette dernière tomber. Il n'a pas consulté de médecin le jour-même. Il a eu des douleurs depuis le soir même et durant les jours qui ont suivi, mais pas tous les jours. Cela dépendait du travail qu'il effectuait. Il a continué à travailler. Il a consulté le Dr F. le 31 juillet 2000, car il avait un travail assez lourd et avait mal au dos. Ce médecin lui a prescrit un médicament contre la douleur. Les douleurs ont passé par la suite.

Le demandeur a précisé ne pas pouvoir écrire en français et lire très difficilement cette langue. Il a rempli la proposition d'assurance chez lui le 12 décembre 2000, avec son assureur, L. Il connaît ce dernier depuis dix ans et parle français et un peu portugais avec lui. L. parle l'italien et comprend un peu le portugais. Il lisait les questions et le demandeur répondait. L. remplissait le questionnaire. Les deux hommes

ont parlé de l'accident de moto. Le demandeur a dit à L. qu'il était allé une fois chez le médecin. L. lui a demandé s'il avait été en arrêt de travail et le demandeur lui a répondu négativement. L. a alors dit qu'il n'y avait pas besoin de mentionner cet accident. Après avoir signé le formulaire, L. lui a dit qu'il était couvert. Le 12 décembre 2000, le demandeur n'avait plus de douleurs du dos. Le 13 décembre 2000, il a coulé du béton et s'est fait mal, car c'était très lourd. Après sa journée de travail, il est allé consulter le Dr E. et a dit à ce dernier qu'il avait mal au dos. Le médecin lui a fait faire de la physiothérapie et lui a donné des médicaments. Le demandeur a toutefois continué à travailler, raison pour laquelle il n'a pas cherché à contacter son assureur pour l'informer de sa visite chez le médecin. Il a parlé au Dr E. de son accident de moto, mais il n'a pas eu de douleurs avant le 13 décembre 2000. Le 25 février 2004, il a eu un accident de travail sur un chantier à Moutier. Il a glissé sur la neige en montant sur une machine et a été touché au dos, plus bas que l'endroit où il avait été touché lors de l'accident de moto. Il est tout de suite allé chez le médecin qui l'a mis en arrêt de travail. Il a repris le travail un demi-jour en mai ou juin 2004 et s'est bloqué le dos. Il a alors à nouveau été mis en arrêt de travail et n'a plus du tout travaillé depuis.

A l'issue de l'audience, un délai a été imparti aux parties pour produire et requérir tous leurs moyens de preuve, ce qu'elles ont fait par courriers du 17 avril 2007 (dossier, pp. 47 ss) et du 23 avril 2007 (dossier, pp. 51 s.). Vu les moyens de preuve invoqués par le demandeur, la défenderesse a complété ses réquisitions de preuves par courrier du 25 avril 2007 (dossier, p. 53). Des renseignements médicaux ont été demandés au Dr E. et au Dr F. le 16 août 2007 (dossier, pp. 69-70). Ces médecins ont répondu le 21 août 2007 (dossier, pp. 73 ss) et le 28 août 2007 (dossier, p. 83). Des renseignements ont également été demandés au service de physiothérapie de l'Hôpital H à Moutier (dossier, p. 86) qui a répondu le 21 septembre 2007 (dossier, pp. 91 ss). Les dossiers du demandeur auprès de l'Office de l'assurance invalidité du canton de Berne (ci-après Office AI) et de la caisse nationale d'assurance (ci-après SUVA) ont été édités (dossier, pp. 71-72, 79, ainsi que les dossiers AI et SUVA annexés au dossier). Il sera revenu ci-après sur ces différents éléments en tant que besoin.

- D. Par ordonnance du 19 juillet 2007, les débats ont été limités à la question de la réticence (dossier, pp. 55-56).

- E. Une seconde et ultime audience de débats a été tenue le 22 novembre 2007 (dossier, pp. 100 ss).

Entendu comme témoin, L., courtier indépendant en assurances depuis 1998, a déclaré connaître le demandeur depuis plus de dix ans et s'être occupé de presque toutes ses assurances. Lors de leurs discussions, les deux hommes parlaient principalement en français, avec quelques mots en portugais que L. comprend un petit peu. La proposition d'assurance (PJ 2 demandeur) et son complément (PJ 3 défenderesse) ont été remplis en la présence du témoin au domicile du demandeur. Le témoin lisait les questions, le demandeur répondait et le témoin écrivait les réponses. Le demandeur a parlé de son accident de moto au témoin. Ce dernier a beaucoup insisté, durant un quart d'heure, pour savoir s'il y avait eu plus qu'une consultation médicale et s'il y avait eu des suites. Le demandeur lui a répondu qu'il n'était allé qu'une seule fois chez le médecin et qu'il n'y avait eu aucune suite. Il a affirmé que, durant les cinq années précédentes, il n'y avait rien eu à part cette unique consultation chez le médecin. Le témoin n'a plus eu de contacts avec le demandeur entre la signature de la proposition et l'acceptation de celle-ci par la défenderesse.

A l'issue de cette audition, le demandeur a informé le Juge que le Tribunal administratif avait rejeté son recours interjeté à l'encontre de la décision de l'Office AI, et qu'il n'avait pas recouru contre ce jugement en raison du fait que son état de santé s'était entre temps aggravé. En effet, il se trouvait alors en incapacité de travail à 100% et en traitement chez le Dr G. à St-Imier.

La défenderesse a quant à elle précisé qu'un nouveau cas de réticence avait été invoqué par courrier du 26 mars 2007 (PJ 21 défenderesse) en raison du fait qu'en 2004 la réticence avait été invoquée sur la base d'un certificat médical du Dr E. concernant des douleurs résiduelles à partir du 13 décembre 2000 suite à l'accident de moto. Cela couvrait donc la période située entre la proposition d'assurance et l'acceptation de celle-ci. Le nouveau cas de réticence concerne en revanche le fait que le demandeur a déclaré qu'il considérait qu'il avait toujours eu des problèmes de dos depuis juin 2000. Cela concerne donc une période différente. Si le demandeur avait déclaré les problèmes qu'il avait effectivement, la défenderesse aurait émis une réserve à cet égard, probablement pour toute la durée du contrat.

En plaidoiries finales, le demandeur a pris les conclusions suivantes :

1. *Constater que le demandeur n'a pas commis de réticence.*
2. *Sous suite des frais et dépens.*

Quant à la défenderesse, elle a confirmé les conclusions prises en premières plaidoiries, soit :

1. *Débouter X. de toutes ses conclusions.*
2. *Sous suite des frais et dépens.*

Il a été décidé que le jugement serait rendu ultérieurement par écrit.

F. Au terme de l'administration des preuves, il y a lieu de retenir ce qui suit.

- a) Le demandeur est un ressortissant portugais né le 31 août 1962 (PJ 2 demandeur). Chauffeur poids-lourd et maçon de formation, il exerçait la profession de maçon en décembre 2000 (dossier, p. 44 et PJ 2 demandeur). Il travaille dans la maçonnerie depuis l'âge de 13 ans environ (PJ 19 demandeur).

A l'âge de 16 ans, alors qu'il conduisait une moto sans permis au Portugal, il a été victime d'un accident qui a causé une fracture du fémur qui a été traitée chirurgicalement (PJ 19 demandeur).

Entré en Suisse le 14 mars 1998 (dossier AI, document 3, p. 16), son médecin traitant a été le Dr E., médecin généraliste à Court, jusqu'à son déménagement à Moutier, étant depuis lors suivi par I., médecin généraliste à Moutier (dossier, p. 44).

Le Dr E. l'a traité à plusieurs reprises pour des affections sans rapport avec les faits à l'origine de la présente procédure : en mai 1997 pour des stries de sang avec des expectorations en raison d'un travail avec du toluène, en septembre 1997 pour une épigastralgie d'origine très probablement fonctionnelle et en octobre 1998 pour une dysurie et une pollakysurie spontanément résolutive (PJ 8 demandeur).

- b) En date du 25 juin 2000, le demandeur a été percuté par une voiture qui lui a coupé la route alors qu'il pilotait sa moto 125 cm³ (dossier, p. 42, PJ 5 demandeur, PJ 8b et 19 défenderesse). Il a consulté le Dr F., médecin généraliste à Moutier, le 31 juillet 2000 en invoquant des lombalgies basses mécaniques persistantes suite à l'accident du 25 juin 2000. Constatant des douleurs lombo-sacrées, le Dr F. a posé le diagnostic suivant : contusion-entorse lombo-sacrée sans signe clinique évocateur d'une fracture ni d'une souffrance neurologie. Il a prescrit un conservateur avec antalgie au besoin, à l'exclusion de tout autre traitement. Aucune incapacité de travail n'a été ordonnée par le médecin (PJ 5 demandeur, PJ 8b défenderesse et dossier p. 73).

Par lettre du 28 août 2000 au Dr F., le demandeur s'est plaint de « *souffrir toujours suite à l'accident* » du 25 juin 2000 (PJ 17 défenderesse).

Par courrier du 7 avril 2004, le demandeur a informé la SUVA avoir continué à travailler suite à l'accident du 25 juin 2000, mais avoir été suivi par le Dr E., puis par I. à raison de divers traitements médicaux et plusieurs séries de séances de physiothérapie. Il a précisé que, « *malheureusement, à cause de cet accident, [il a] toujours eu des problèmes de dos* » et que, « *dernièrement* », ils s'étaient « *aggravés* ». Enfin, il a ajouté que, « *de ce fait* », il était en incapacité de travail à 100% depuis le 25 février 2004 (PJ 18 et 19 défenderesse).

- c) En date du 12 décembre 2000, le demandeur a signé une proposition d'assurance-vie dite de pilier 3b (prévoyance libre) à l'attention de la défenderesse ayant notamment pour objet le versement d'une rente et l'exonération des primes en cas d'incapacité de gain (PJ 2 demandeur et PJ 3 défenderesse). Cela s'est passé à son domicile en présence de L., courtier indépendant en assurances. Les deux hommes ont parlé principalement en français et un peu en portugais. L. lisait les questions au demandeur qui lui répondait. L. notait les réponses sur le questionnaire (dossier, pp. 43-44 et 101-102). Ce dernier comporte notamment une réponse négative à la question n° 1.3 (« *Souffrez-vous actuellement de troubles de santé ?* »), à la question n° 4.1 (« *Avez-vous, au cours des 5 dernières années, été en traitement médical durant plus de 3 semaines ou avez-vous dû vous soumettre à des contrôles médicaux répétés ?* »), ainsi qu'à la question n° 4.4 (« *Souffrez-vous d'une infirmité, existe-t-il des séquelles de maladie ou d'accident ?* »).

Lors de la rédaction de la proposition d'assurance, le demandeur a informé L. avoir été victime d'un accident de moto et avoir consulté un médecin par la suite. L. a beaucoup insisté pour savoir si le demandeur avait consulté un médecin à plus d'une reprise et s'il y avait eu des suites. Le demandeur lui a répondu qu'il n'était allé qu'une seule fois chez le médecin et qu'il n'y avait pas eu de suite. L. lui a alors déclaré qu'il n'avait pas besoin de mentionner cet événement dans le questionnaire de santé (dossier, pp. 43-44 et 101-102).

La proposition d'assurance a été acceptée telle quelle par la défenderesse qui a établi la police d'assurance le 27 décembre 2000. Le contrat a débuté le 1^{er} janvier 2001 et prévoyait notamment une exonération de primes après un délai d'attente de trois mois et une rente annuelle de fr. 9'000.00 jusqu'au 1^{er} janvier 2028 après un délai d'attente de deux mois en cas d'incapacité de gain (PJ 3 demandeur et PJ 4 défenderesse).

Il n'y a plus eu de contacts entre le demandeur et L. après la signature de la proposition d'assurance et jusqu'à l'acceptation de celle-ci par la défenderesse (dossier, pp. 43-44 et 101-102).

- d) Le demandeur a consulté le Dr E. le 13 décembre 2000 et a été en traitement jusqu'au 16 mars 2001 pour des douleurs résiduelles suite à l'accident de moto (PJ 8 demandeur). Aucun traitement n'a été prescrit ou administré par le Dr E. pour des douleurs lombaires avant le 13 décembre 2000 (PJ 13 demandeur). Entre le 13 décembre 2000 et le 16 mars 2001, le demandeur a vu le Dr E. à six reprises pour une douleur au bas du dos à gauche qu'il mettait en relation avec l'accident de moto survenu en juin 2000 (dossier, p. 83). Entre le 12 février 2001 et le 1^{er} mai 2001, il a suivi dix-huit séances de physiothérapie à l'Hôpital H. à Moutier en raison d'un spondylolisthésis L5-S1, sur prescription partielle du Dr E. (dossier, pp. 91 ss).

Le demandeur n'a pas informé la défenderesse de la consultation du 13 décembre 2000 ni du traitement alors entamé (dossier, pp. 43-44).

- e) Le 25 février 2004, le demandeur a glissé sur de la neige en montant sur une machine de chantier. Il a heurté la machine avec le bas du dos, au niveau de la char-

nière dorso-lombaire. Il a immédiatement consulté I. (dossier, p. 43, PJ 7 et 19 demandeur, PJ 6 défenderesse). L'évolution étant insatisfaisante, celle-ci l'a adressé au Dr K. qui a diagnostiqué un spondylolisthesis L5-S1 de degré I et a prescrit le port d'un corset. Après deux semaines, le demandeur a cependant abandonné ce corset qui augmentait ses douleurs. Vu l'échec de ce corset, le Dr K. a déclaré le demandeur apte au travail à 100%, mais la reprise du travail n'a pas été effectuée. Le demandeur a ensuite été adressé au Dr M. à l'hôpital de Delémont qui a proposé de la physiothérapie de tonification de la ceinture abdominale, de la musculature para-vertébrale, ainsi qu'une reprise du travail à 50%. Cette proposition n'a toutefois pas été suivie, la reprise du travail s'étant soldée par un échec après une heure. Aucun traitement n'a ensuite été prescrit au demandeur qui a encore consulté l'Hôpital de l'île à Berne où l'on a recommandé une nouvelle imagerie par résonance magnétique qui n'a cependant jamais été effectuée. La physiothérapie a dû être arrêtée, car les douleurs étaient augmentées. Seul un traitement médicamenteux (anti-inflammatoire, myorelaxants et antidépresseur) est depuis lors administré au demandeur (PJ 19 demandeur).

Le 27 mai 2004, le médecin-conseil de la SUVA a estimé que les troubles d'alors de la santé du demandeur étaient en relation de causalité probable avec l'accident du 25 février 2004 et a exclu toute relation de causalité avec l'accident de moto (PJ 17 demandeur).

Dans le cadre d'une expertise réalisée le 28 février 2005, le Dr N., spécialiste en chirurgie orthopédique à La Chaux-de-Fonds, a effectué des radiographies du dos du demandeur qui ont mis en évidence un spondylolisthesis L5-S1 de degré I avec une lyse bilatérale probable, ainsi que de très discrets troubles dégénératifs antérieurs au niveau de L3 et L4. Le reste du squelette était sans particularité (PJ 19 demandeur).

- f) En date du 2 juin 2004, le demandeur a informé la défenderesse de son incapacité de gain et lui a adressé une demande de prestations (PJ 7 demandeur et PJ 5 défenderesse). Il a précisé avoir été victime d'un accident le 25 février 2004, avoir consulté I. le jour-même et avoir subi plusieurs contrôles depuis lors.

Par lettre du 2 juillet 2004, la défenderesse a demandé des renseignements au Dr E. au sujet des consultations de l'année 1996 à la fin du mois de décembre 2000 (PJ 8 demandeur et PJ 7 défenderesse). Le Dr E. a répondu le 7 juillet 2004 en indiquant notamment un traitement médical du 13 décembre 2000 au 16 mars 2001 pour des douleurs résiduelles suite à l'accident de moto subi par le demandeur (PJ 8 demandeur et PJ 7 défenderesse).

Par courrier du 19 juillet 2004 (PJ 9 demandeur et PJ 9 défenderesse), la défenderesse a invoqué le rapport fourni par le Dr E. et constaté que le demandeur avait suivi un traitement médical pour les suites de l'accident de moto. Elle a relevé que ces informations n'avaient pas été communiquées par le demandeur lors de la conclusion du contrat. Elle a invoqué une réticence en relation avec ces faits et les questions suivantes du formulaire de proposition d'assurance : « *Avez-vous, au cours des 5 dernières années, été en traitement durant plus de 3 semaines ou avez-vous dû vous soumettre à des contrôles médicaux répétés* » et « *Souffrez-vous d'une infirmité, existe-t-il des séquelles de maladie ou d'accident ?* ». Elle a en conséquence résilié le contrat et refusé de verser toute prestation.

- g) Par courrier du 26 mars 2007 (PJ 21 défenderesse), la défenderesse a invoqué un nouveau cas de réticence après avoir pris connaissance du dossier de la SUVA. Elle a en effet fait valoir qu'il ressortait de ce dossier que le demandeur souffrait de « *douleurs lombaires (problèmes de dos)* » au moment de la signature de la proposition d'assurance du 12 décembre 2000, ce qu'il n'a alors pas signalé en répondant « non » aux questions : « *Souffrez-vous actuellement de troubles de santé ?* » et « *Souffrez-vous d'une infirmité, existe-t-il des séquelles de maladie ou d'accident ?* ».

- h) Le demandeur a déposé une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité le 16 novembre 2004 (dossier AI, document 3, pp. 1 ss).

Par décision du 15 février 2007, l'Office AI a refusé d'octroyer une rente d'invalidité au demandeur, considérant que ce dernier était apte à exercer une activité adaptée à son état de santé, c'est-à-dire une activité légère à moyennement lourde, et ce

depuis mai 2004 déjà. Le degré d'invalidité du demandeur a été calculé à 25% (dossier AI, document 26, pp. 1-2).

Le demandeur a recouru contre cette décision par mémoire du 19 mars 2007 (dossier AI, document 35, pp. 2 ss). Le Tribunal administratif a rejeté ce recours et ce jugement n'a pas été attaqué (dossier, p. 103).

En droit :

1. La demande est une action en paiement fondée sur un contrat d'assurance selon la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA ; RS 221.229.1). En vertu des art. 2 et 22 de la Loi fédérale sur les fors en matière civile (LFors ; RS 272), 3 de la Loi bernoise sur l'introduction du code civil suisse (LiCCS ; RSB 211.1), 2 du Code de procédure civile du canton de Berne (CPC ; RSB 271.1) et 8.4 des conditions générales pour l'assurance-vie individuelle de la défenderesse (PJ 15 défenderesse), le Président du Tribunal de l'arrondissement judiciaire I est compétent à raison du lieu et de la matière pour en connaître en procédure ordinaire, le demandeur étant domicilié dans l'arrondissement judiciaire I. Introduite au surplus dans le respect des formes et délais légaux, la demande est recevable.

Il sied dès lors d'entrer en matière.

2. La qualité pour agir et la qualité pour défendre reviennent en principe aux parties au rapport de droit invoqué en justice. Elles sont des conditions matérielles qui, si elles font défaut, entraînent le rejet de l'action. Elles doivent être données au moment du jugement et font l'objet d'un examen d'office par le Juge, au regard des faits allégués par les parties. Si elles étaient données lors de la création de la litispendance, leur perte en cours d'instance n'a cependant pas d'incidence (v. Hohl, Procédure civile, Tome I, Berne 2001, rem. 433-447).

En l'espèce, il n'est pas douteux que la défenderesse a la qualité pour défendre. Quant au demandeur, il faut relever ce qui suit. Le rapport de droit faisant l'objet de la présente procédure consiste en un contrat d'assurance conclu entre la défenderesse et le demandeur. En date du 11 octobre 2006, ce dernier a cependant cédé ses droits vis-à-vis de la défenderesse au Service social régional de la Prévôté jus-

qu'à concurrence de l'avance octroyée par celui-ci (PJ 2 défenderesse). Le Service social régional de la Prévôté a précisé, le 14 mars 2007, que le demandeur était habilité et légitimé à faire valoir ses prétentions à l'encontre de la défenderesse, à charge pour lui de les verser par la suite au Service social (PJ 21 demandeur). Il en découle que la cession du 11 octobre 2006 n'est en réalité qu'un simple pouvoir d'encaissement et non une cession de créance. Dès lors, le demandeur est bien titulaire des droits qu'il invoque et dispose ainsi de la légitimation active dans la présente procédure.

3. a) La LCA a été partiellement modifiée le 1^{er} janvier 2006 et le 1^{er} janvier 2007, notamment son article 6 réglant les conséquences d'une violation du devoir de déclarer du proposant (RO 2005 5245, sp. 5250). En vertu de l'art. 102 LCA, c'est l'art. 6 aLCA en vigueur au moment de la conclusion du contrat en décembre 2000 qui s'applique en l'espèce.

- b) Aux termes de l'art. 6 aLCA, 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.

Les articles 4 à 8 LCA prévoient le devoir, pour le proposant, de communiquer à l'assureur les faits importants pour l'appréciation du risque. Le devoir de déclarer (« Anzeigepflicht ») s'impose au proposant en vertu de l'art. 4 al. 1 LCA.

L'agent d'assurance ne saurait ainsi commettre une réticence. Il se définit en effet comme un tiers au contrat (Guisan, La réticence dans le contrat d'assurance, *in* RSA 1983 (51) pp. 295-303 + 317-333).

Aux termes de l'art. 4 al. 1 LCA, le devoir de déclaration du proposant est circonscrit à l'obligation de répondre aux questions qui lui sont posées par l'assureur. Le proposant n'a donc pas d'obligation générale d'informer (Maurer, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 3^e éd., Berne 1995, p. 251 n. 2). Quant à la portée de ce de-

voir, doivent être déclarés les faits importants pour l'appréciation du risque (art. 4 al. 1 LCA).

L'art. 4 al. 2 LCA énonce une définition légale des faits importants. Il s'agit des faits qui, si l'assureur en avait eu connaissance, auraient influé sur sa volonté de conclure l'assurance ou de la conclure à certaines conditions.

Il découle du parallélisme entre les art. 4 et 6 LCA que la notion de fait important doit s'examiner au regard de critères objectifs et subjectifs simultanément (RBA XIX 16).

Prise dans un sens objectif, la notion de violation de l'obligation de déclarer un fait important exprime qu'une déclaration ne correspond pas à la réalité, soit qu'elle lui est contraire, soit qu'elle est incomplète. En ce sens, le proposant doit annoncer les faits importants qui lui sont connus, c'est-à-dire dont il est vraiment conscient sans autre réflexion en faisant abstraction de la connaissance effective et subjective qu'il a des faits concrets (RBA XIX 14).

Mais il faut encore tenir compte des circonstances propres à chaque cas d'espèce, y compris les caractéristiques particulières du proposant, telles que sa formation ou sa situation. En ce sens, le proposant doit déclarer les faits tels qu'ils doivent lui être connus, c'est-à-dire les faits qui ne peuvent lui échapper s'il réfléchit sérieusement aux questions de l'assureur. S'il n'est pas nécessaire qu'il procède à des investigations approfondies ou s'informe auprès de tiers de manière systématique, il doit tout de même se renseigner au besoin pour donner des indications précises (RBA XIII 17). Il y aura ainsi réticence si l'ignorance du proposant repose sur un manque de diligence. Ce qui est décisif, c'est la manière dont le proposant pouvait comprendre les questions de l'assureur en respectant les principes de la bonne foi et de la confiance (RBA XIX 16).

Il se peut ainsi qu'une déclaration objectivement fausse soit subjectivement exacte. Tel est le cas par exemple lorsque le proposant ignore qu'il est atteint du cancer parce que ses proches et son médecin le lui ont caché. Il n'y a alors pas de réticence. Il suffit que la déclaration soit subjectivement exacte (Viret, Droit des assurances privées, 3^e éd., Zurich 1991, p. 102).

Sont réputés importants les faits à propos desquels l'assureur a posé une question précise et non équivoque par écrit (art. 4 al. 3 LCA). Cette présomption est réfra-

gable. Le proposant, respectivement le preneur, peut ainsi tenter de prouver qu'une question qui lui a été posée n'était, en réalité, pas importante, c'est-à-dire que l'assureur aurait quand même conclu le contrat aux mêmes conditions s'il avait eu connaissance du fait non révélé (Viret, op. cit., p. 100 ; Maurer, op. cit., p. 252 n. 3 ; Guisan, op. cit., p. 302 ; RBA XV 12 ; RBA XVI 6).

Cette preuve sera difficile à rapporter, car elle porte sur un fait négatif personnel à l'assureur et, qui plus est, interne, puisqu'il s'agit de la volonté. L'application de l'art. 8 du Code civil est donc tempérée, selon les règles de la bonne foi, par l'obligation imposée à l'assureur de contribuer à éclaircir la situation de fait en apportant la preuve du contraire, l'échec de cette preuve pouvant constituer un indice de l'inexistence du fait (RBA XVI 6).

En tous les cas, il importe donc de déterminer si la présomption légale s'applique ou non, c'est-à-dire si les questions posées par écrit par l'assureur sont suffisamment précises et sans équivoque, ainsi que l'exige l'art. 4 al. 3 LCA. Pour répondre à cette question, il faut tenir compte des facultés mentales et du degré de culture du proposant (RBA V 73). Lorsque le proposant ne connaît pas le sens propre des termes techniques employés par l'assureur dans son questionnaire, il peut les interpréter comme le lui permet la manière de voir de son milieu, en particulier selon le langage courant (RBA XIII 19 ; RBA XIV 9 ; ATF 101 II 339 = JT 1976 I 627 [arrêt « lumbago »]). Cette exigence découle du principe de la confiance (Maurer, op. cit., p. 253 n. 3).

Lorsque le proposant ne comprend pas le sens d'une expression, il doit en demander la signification à l'agent d'assurance avec lequel il traite (Guisan, op. cit., p. 320 ; Viret, La réticence dans l'assurance-maladie privée et sociale *in* RSA 1975/76 (43) p. 33, sp. 37). Il agit à ses risques et périls lorsqu'il répond par la négative à une question claire en soi, au sujet d'un fait important, bien qu'il ne l'ait pas comprise ou l'ait mal comprise, en donnant aux termes utilisés la signification commune qui lui est familière (RBA XIII 19). Il ne commet en revanche pas de réticence lorsque l'inexactitude de sa réponse provient de ce que la question a été mal formulée et n'a pas été comprise par lui (RBA V 65).

Le devoir de déclarer du proposant s'étend jusqu'au moment de la conclusion du contrat, c'est-à-dire jusqu'à l'acceptation de la proposition par l'assureur. Ainsi, le proposant qui a eu connaissance, après la remise des déclarations obligatoires et

de la proposition d'assurance, mais avant la conclusion du contrat, de faits importants ou d'une modification de faits importants déjà annoncés, doit les communiquer immédiatement à l'assureur, faute de quoi il y a réticence relativement à ces faits (RJJ 2004 317). Lorsque le proposant n'a connaissance qu'après la signature du contrat de faits importants antérieurs à la signature et qu'il ne lui est plus possible de les communiquer à l'assureur avant la conclusion du contrat, il n'y a pas de violation du devoir de déclarer, ni de réticence (RBA XV 22).

Lorsqu'une réticence a été commise par le proposant, il est sans pertinence que le risque omis ou faussement déclaré ait influencé la survenance d'un cas d'assurance (RBA XII 16). Le proposant ne saurait ainsi exciper des conséquences de la réticence en invoquant que le fait tu ou incorrectement déclaré n'est pas dans un rapport de causalité avec le sinistre ouvrant son droit aux prestations d'assurance. En revanche, un lien de causalité est exigé dans la mesure où le fait qui a été passé sous silence ou faussement déclaré doit avoir influencé la décision de l'assureur de conclure le contrat ou de le conclure aux conditions convenues (art. 4 al. 2 LCA).

Il appartient à l'assureur de prouver que le proposant connaissait ou devait connaître le fait important. La preuve ne devra pas être admise à la légère, car la réticence ne peut être reconnue qu'avec la plus grande retenue (RBA XVI 9 ; ATF 101 II 339 = JT 1976 I 627 ; ATF 116 II 338).

- c) En l'espèce, la défenderesse alléguant une réticence en rapport avec les questions n° 1.3, 4.1 et 4.4 du questionnaire de santé, seule l'obligation de déclarer en rapport avec ces questions doit être examinée.

Le premier point à trancher consiste à déterminer si la présomption légale de l'art. 4 al. 3 LCA s'applique aux questions n° 1.3, 4.1 et 4.4.

La question n° 1.3 est rédigée comme suit : « *Souffrez-vous actuellement de troubles de la santé ?* ».

La question n° 4.1 a la teneur suivante : « *Avez-vous, au cours des 5 dernières années, été en traitement médical durant plus de 3 semaines ou avez-vous dû vous soumettre à des contrôles médicaux répétés ?* ».

Enfin, la question n° 4.4 est libellée ainsi : « *Souffrez-vous d'une infirmité, existe-t-il des séquelles de maladie ou d'accident ?* ».

Les termes utilisés dans ces trois questions doivent être considérés comme clairs et non équivoques. Les notions de « troubles de la santé », « maladie », « accident », « infirmité », « séquelles », « traitement médical » et « contrôle médical » sont en effet employées dans le langage courant et doivent manifestement prendre un sens non équivoque dans la mesure où elles s'inscrivent dans le cadre d'un « questionnaire de santé ».

Etant ainsi établi que les questions n° 1.3, 4.1 et 4.4 concernent des faits importants au sens de l'art. 4 LCA, il convient de déterminer si le demandeur a répondu correctement à ces questions, compte tenu du sens qu'il pouvait leur donner, de bonne foi, au vu de sa situation personnelle et de l'ensemble des circonstances.

L'administration des preuves a permis d'établir que le demandeur est d'origine portugaise. Il n'a pas fait d'études et a quitté l'école assez tôt, puisqu'il travaille depuis l'âge de treize ans. Il maîtrise très mal la langue française écrite, mais comprend le français et s'exprime dans cette langue. Avant la conclusion du contrat litigieux, il avait déjà conclu plusieurs assurances, avait déjà été soigné par un médecin, avait déjà subi un accident et avait déjà dû adresser au moins une déclaration d'accident à la SUVA. Le questionnaire de santé rempli le 12 décembre 2000 l'a été en compagnie de L., courtier en assurances. Le demandeur a déclaré comprendre L. et se faire comprendre par lui.

Au vu de ces éléments, le demandeur pouvait tout à fait comprendre le sens des questions n° 1.3, 4.1 et 4.4. D'ailleurs, il n'allègue pas ne pas avoir compris ces questions.

L'administration des preuves a permis d'établir également que le demandeur a subi un accident de moto le 25 juin 2000 au cours duquel il a été touché au dos. Le 31 juillet 2000, il a consulté le Dr F. qui a diagnostiqué une contusion-entorse lombosacrée et n'a prescrit qu'un médicament conservateur avec antalgie en cas de besoin, à l'exclusion de tout autre traitement. Il s'agit d'une consultation unique qui n'a pas donné lieu à une incapacité de travail. Le demandeur n'a plus consulté de médecin jusqu'au 13 décembre 2000, lendemain de la signature de la proposition d'assurance. Toutefois, il a envoyé un courrier au Dr F. le 28 août 2000 dans lequel

il se plaignait de « *souffrir toujours suite à l'accident* » du 25 juin 2000. Par ailleurs, la consultation du 13 décembre 2000 auprès du Dr E. était motivée, d'après les plaintes que le demandeur a transmises alors à son thérapeute, par des « *douleurs résiduelles* » suite à l'accident de moto. Le médecin a vu le demandeur à six reprises entre le 13 décembre 2000 et le 16 mars 2001. Il a prescrit un traitement de physiothérapie et le demandeur a suivi dix-huit séances de physiothérapie entre le 12 février 2001 et le 1^{er} mai 2001, apparemment toutefois pas uniquement sur prescription du Dr E., mais cela importe peu. Répondant à la SUVA le 7 avril 2004, le demandeur a expliqué avoir subi un « choc violent dans le dos » lors de l'accident du 25 juin 2000 et précisé que, depuis lors, il avait certes continué à travailler à 100% mais tout en étant suivi par le Dr E., puis par I., et avoir subi divers traitements médicaux et plusieurs séries de séances de physiothérapie. Il a ajouté que, « *malheureusement, à cause de cet accident, [il a] toujours eu des problèmes de dos* » et que « *de ce fait, dès le 25.02.2004, [il est] en incapacité de travail à 100%* ».

Il découle de ces éléments que le demandeur allègue lui-même avoir toujours souffert de maux de dos depuis l'accident du 25 juin 2000, avoir pour cela été suivi par deux médecins consécutivement, avoir subi divers traitements, avoir pris des médicaments et, finalement, se trouver en incapacité de travail depuis février 2004 pour cette raison. Ainsi donc, non seulement le demandeur fait valoir des douleurs dorsales incessantes depuis l'accident de juin 2000 qui ont nécessité un suivi médical et différents traitements, mais encore désigne-t-il cet accident comme la cause de son incapacité de travail survenue dès février 2004. Il est vrai que l'accident de moto du 25 juin 2000 ne constitue pas, à dire de médecins, la cause de l'incapacité de travail, celle-ci ayant d'ailleurs des origines notamment psychologiques et ne découlant pas de manière prépondérante de l'accident du 25 février 2004 non plus, d'après le rapport du Dr N. en particulier. Il importe cependant peu, s'agissant d'examiner une éventuelle réticence du demandeur, qu'un lien de causalité existe entre l'accident de juin 2000 et l'incapacité de travail motivant la demande de prestations présentée à la défenderesse. En effet, seul compte le point de savoir ce dont le demandeur avait conscience, savait ou devait savoir de son état de santé le 12 décembre 2000 en répondant au questionnaire de santé. Or, les éléments mis en évidence ci-dessus démontrent que le demandeur souffrait de troubles de la santé le 12 décembre 2000, puisqu'il estime avoir continuellement éprouvé des maux de dos depuis l'accident du 25 juin 2000. Par ailleurs, il a entamé un traitement relativement important dès le lendemain de la signature de la proposition d'assurance,

toujours pour des problèmes de dos dont il identifie lui-même l'origine dans le choc violent subi le 25 juin 2000. Ce traitement a justifié six consultations du médecin et dix-huit séances de physiothérapie et s'est étendu en tout sur quatre mois et demi. Il est important de souligner que le jour même de la consultation du Dr E., soit le lendemain de la signature de la proposition, le demandeur s'est plaint de douleurs au dos qu'il a expressément mises en relation avec l'accident du 25 juin 2000 et dont il a déclaré souffrir encore plus d'un mois plus tard, soit le 20 janvier 2001 (dossier, p. 83). Force est ainsi de constater que, dès le lendemain de la signature de la proposition et jusqu'au 20 janvier 2001 au moins, en réalité plus tard puisque le traitement ne s'est achevé que le 1^{er} mai 2001, le demandeur a lui-même déclaré souffrir, suite à l'accident de juin 2000, de maux de dos persistants, pour ne pas dire continus.

Dès lors, on ne saurait considérer que le demandeur a répondu correctement, le 12 décembre 2000, à la question n° 1.3 du questionnaire de santé rédigée comme suit : « Souffrez-vous actuellement de troubles de la santé ? ». Il considérait en effet lui-même souffrir à ce moment-là de maux de dos consécutifs à l'accident de moto du 25 juin 2000 (v. dans ce sens ATFA B 56/05, sp. consid. 3.1.2.2).

Pour les mêmes raisons, le demandeur a également répondu de manière inexacte à la question n° 4.4 formulée ainsi : « Souffrez-vous d'une infirmité, existe-t-il des séquelles de maladie ou d'accident ? ».

En revanche, le 12 décembre 2000, le demandeur a répondu correctement à la question n° 4.1 libellée ainsi : « Avez-vous, au cours des 5 dernières années, été en traitement médical durant plus de 3 semaines ou avez-vous dû vous soumettre à des contrôles médicaux répétés ? ».

A cela s'ajoute que, compte tenu du traitement qui a débuté le 13 décembre 2000 et des plaintes formulées dès ce jour-là par le demandeur à son médecin, le demandeur ne pouvait pas ne pas réaliser, en faisant preuve de bonne foi, que, dans l'hypothèse où il pensait avoir répondu au questionnaire de la veille conformément à la vérité, la situation était désormais modifiée. En effet, même en admettant en contradiction avec les allégations faites par le demandeur lui-même à ses médecins et à la SUVA, que, le 12 décembre 2000, le demandeur avait l'impression d'être en bonne santé parce qu'il n'était effectivement pas en traitement médical et que ses douleurs dorsales étaient par conséquent jugées supportables, le demandeur, en se comportant de bonne foi, devait à tout le moins reconsidérer cette appréciation le

lendemain déjà, puisqu'alors ses douleurs, certes amplifiées par un effort effectué lors de sa journée de travail, le poussaient à consulter le médecin et à entamer un traitement. Il est vrai que le demandeur ne pouvait à ce moment-là pas savoir la tournure que prendraient les événements, notamment la durée et la portée du traitement médical. On ne peut donc pas lui reprocher de ne pas avoir contacté son agent d'assurance en vue de modifier sa réponse à la question n° 4.1 du questionnaire de santé. En revanche, il était évident que les réponses aux questions n° 1.3 et 4.4 ne correspondaient plus à la réalité, étant rappelé une fois encore que, le 13 décembre 2000 déjà, le demandeur alléguait lui-même auprès du Dr E. une relation de causalité entre ses douleurs et l'accident du 25 juin 2000.

Le demandeur ne saurait se prévaloir du fait qu'il ignorait prétendument qu'il devait annoncer des faits postérieurs à la signature de la proposition d'assurance et antérieurs à l'acceptation de celle-ci par la défenderesse. En effet, dans les circonstances qui précèdent, il est tout simplement inimaginable que le demandeur n'ait plus pensé aux indications qu'il avait communiquées en signant le questionnaire de santé et n'ait pas perçu le rapport entre celles-ci et les maux pour lesquels il était soigné dès le lendemain. Il importe par ailleurs peu que l'agent d'assurance ait informé ou non le demandeur de son devoir d'annonce courant jusqu'à la conclusion du contrat. On peut en effet exiger de tout homme raisonnable, dans de telles circonstances, qu'il se pose au moins la question de savoir ce qu'il convient de faire. Cela était d'autant plus exigible du demandeur qu'il connaissait très bien son agent d'assurance. Or, le demandeur n'a pas contacté ce dernier. Le fait qu'une couverture provisoire était octroyée par la défenderesse dès la signature de la proposition ne fait pas non plus obstacle à l'obligation de déclaration du demandeur. En effet, d'une part, il s'agissait d'une couverture provisoire et le demandeur pouvait comprendre que cela n'avait rien de définitif. D'autre part, une fois encore, le demandeur aurait pu et dû se renseigner s'il avait un doute à ce sujet, et cela lui était d'autant plus aisé qu'il avait des relations privilégiées avec L.

Il apparaît ainsi que le demandeur aurait dû répondre « oui » à la question n° 1.3 ainsi qu'à la question n° 4.4 de la proposition d'assurance. A tout le moins aurait-il dû corriger ses réponses à ces questions le lendemain ou dans les jours suivants, mais avant l'acceptation telle quelle de la proposition par la défenderesse. Le fait qu'il ait répondu négativement peut dès lors être constitutif de réticence. Le demandeur peut toutefois prouver que les faits cachés ne sont pas importants, c'est-à-dire

que la défenderesse aurait conclu le contrat aux mêmes conditions si elle en avait eu connaissance. Force est cependant de constater, à l'issue de l'administration des preuves, qu'une telle preuve n'est pas rapportée, la défenderesse ayant au surplus constamment allégué qu'elle n'aurait pas conclu le contrat tel quel en connaissance des faits cachés. Un indice très sérieux dans ce sens réside par ailleurs dans le fait que la défenderesse a proposé au demandeur de conclure un nouveau contrat avec une réserve (v. notamment PJ 9 demandeur). Dès lors, il faut admettre que la présomption d'importance posée par l'art. 4 al. 3 LCA n'est pas renversée.

Enfin, le demandeur ne saurait se prévaloir d'une connaissance par l'agent d'assurance des faits cachés, qui serait imputable à la défenderesse. En effet, l'administration des preuves a permis d'établir que le demandeur avait certes évoqué l'accident du 25 juin 2000 lors de la signature de la proposition d'assurance mais que, sur questions insistantes de l'agent, il avait ajouté n'avoir dû faire qu'un simple contrôle chez le médecin et ne souffrir d'aucune séquelle. Le demandeur n'a ainsi pas révélé à l'agent d'assurance autre chose que ce qui figure dans la proposition d'assurance. Autrement dit, il a caché à l'agent les mêmes faits qu'il a dissimulés à la défenderesse.

4. a) L'art. 6 LCA stipule que l'assureur n'est pas lié par le contrat, en cas de réticence, à condition qu'il s'en départisse dans les quatre semaines à partir du moment où il a connaissance de la réticence.

L'assureur doit manifester clairement sa volonté de se départir du contrat. Une simple réserve de sa part ne suffit pas, pas plus qu'une résolution conditionnelle (Viret, Droit des assurances privées, p. 103). Dès lors, l'assureur se trouve devant une simple alternative : soit il résout le contrat, quitte à négocier par la suite sa remise en vigueur, soit il ne résout pas le contrat qui continue par conséquent à s'appliquer sans modification. Mais il n'y a pas de demi mesure.

Pour déterminer le point de départ du délai de quatre semaines, c'est-à-dire le moment auquel l'assureur a eu connaissance de la réticence, il faut se fonder sur la connaissance effective de la réticence, et non sur le moment où l'assureur aurait dû en avoir la conscience s'il avait fait preuve de la diligence nécessaire (RBA VII 45).

Le délai ne commence ainsi à courir que lorsque l'assureur reçoit des renseignements dignes de foi sur des faits dont on peut déduire avec certitude qu'une réticence a été commise. De simples présomptions qui incitent à penser, avec plus ou moins de vraisemblance, qu'une réticence a été commise ne sont pas satisfaisantes (RBA XIX 16).

Si plusieurs faits importants ont été cachés, et sont découverts successivement, à des dates différentes, un nouveau délai recommence chaque fois à courir (RBA XV 17).

Pour être valable, la déclaration de résolution du contrat doit décrire de manière circonstanciée le fait important non déclaré ou inexactement déclaré ; elle doit mentionner la question qui a fait l'objet d'une réponse inexacte (ATF 129 III 713, sp. consid. 2 = JT 2003 I 619).

Si l'assureur laisse passer le délai de quatre semaines, il est définitivement déchu du droit d'invoquer la réticence, sous réserve de la découverte de faits ultérieurs. La loi pose en effet une présomption irréfragable que l'assureur renonce ainsi à résoudre le contrat (Viret, La réticence dans l'assurance-maladie privée et sociale, p. 46). En revanche, il n'existe pas de délai absolu qui permettrait au simple écoulement du temps de couvrir le vice de la réticence. L'assureur peut ainsi, à n'importe quel moment de la durée du contrat, découvrir un cas de réticence et l'invoquer pour résoudre le contrat dans les quatre semaines suivant sa connaissance, sous réserve bien sûr d'une clause d'incontestabilité au sens de l'art. 8 ch. 5 LCA.

Il faut encore rappeler que le délai de quatre semaines n'est respecté que pour autant que la déclaration de l'assureur soit parvenue au preneur d'assurance dans le délai. Il s'agit en effet d'un acte soumis à réception.

Enfin, la résolution déploie des effets *ex tunc*, de sorte qu'elle rétroagit au jour de la conclusion du contrat.

- b) En l'espèce, il est établi en fait que c'est par rapport médical du 7 juillet 2004 que la défenderesse a été informée pour la première fois de l'existence de douleurs résiduelles suite à l'accident de moto de juin 2000 et d'un traitement médical débuté le lendemain de la signature de la proposition d'assurance (PJ 8 demandeur et PJ 7

défenderesse). Selon le timbre humide figurant sur ce document, c'est en date du 13 juillet 2004 que ce rapport a été réceptionné par la défenderesse (PJ 7 défenderesse).

C'est par courrier du 19 juillet 2004 (PJ 9 et 22 défenderesse) que la défenderesse a invoqué une réticence en rapport avec les questions n° 4.1 et 4.4 de la proposition d'assurance, soit dans le délai de quatre semaines suivant la réception des renseignements pertinents transmis par le Dr E. Elle a fait part des faits qu'elle considérait importants et a indiqué les questions de la proposition d'assurance auxquelles elle estimait que le demandeur n'avait pas correctement répondu.

De surcroît, la défenderesse a invoqué un nouveau cas de réticence, en rapport avec les questions n° 1.3 et 4.4 de la proposition d'assurance, par lettre du 26 mars 2007 après avoir pris connaissance du dossier de la SUVA (PJ 21 et 23 défenderesse). Il s'agit des faits ressortant du bordereau de PJ 13 à 20 déposé en procédure le 22 mars 2007 (dossier, p. 41). La défenderesse a eu connaissance de ces pièces en consultant le dossier de la SUVA. On ignore quand exactement cette consultation a eu lieu. On constate cependant que les PJ 17 à 20 de la défenderesse issues du dossier de la SUVA comportent la date du 13 mars 2007 en haut à gauche, de sorte que l'on peut admettre que c'est à temps que la lettre du 26 mars 2007 a été envoyée en invoquant une réticence en rapport avec ces faits. A nouveau, la défenderesse a précisé les faits qu'elle considérait importants et a indiqué les questions de la proposition d'assurance auxquelles elle estimait que le demandeur n'avait pas correctement répondu.

La défenderesse a donc résilié le contrat à temps. Cette résiliation déploie des effets *ex tunc*, de sorte que la demande doit être rejetée.

5. Aux termes de l'art. 58 al. 1 CPC, la partie qui succombe sera, en règle générale, condamnée au remboursement intégral des dépens de son adversaire. Les dépens, au sens de cette disposition, comprennent les frais judiciaires (v. art. 65 CPC).

En l'espèce, vu l'issue de la procédure, les frais judiciaires, fixés au total à fr. 4'000.00 en application des art. 5, 6 et 11 du Décret sur les émoluments des tribunaux civils (DEmoCiv ; RSB 278.1), la valeur litigieuse étant de fr. 212'250.00 (art. 137 et 138 CPC), sont mis à la charge du demandeur, sous réserve des dispositions

sur l'assistance judiciaire gratuite dont il bénéficie. Les avances de frais versées par la défenderesse par fr. 2'200.00 restent acquises à l'Etat, le demandeur étant condamné à rembourser à la défenderesse fr. 2'200.00.

Il est par ailleurs alloué à la défenderesse une indemnité de dépens pleine et entière. Cette indemnité, vu la note d'honoraires présentée (dossier, p. 105), l'art. 41 de la Loi sur les avocats et les avocates (LA ; RSB 168.11) et l'Ordonnance sur le tarif applicable au remboursement des dépens (ORD ; RSB 168.811), est taxée comme suit :

honoraires :	fr. 18'000.00
débours :	fr. 277.00
TVA 7,6 % sur fr. 18'277.00	<u>fr. 1'389.05</u>
TOTAL	<u>fr. 19'666.05</u>

Enfin, les dépens de Me Allimann, mandataire d'office du demandeur, sont taxés comme suit, vu la note d'honoraires présentée (dossier, pp. 108-109), les art. 41 et 42 LA et l'ORD :

honoraires : fr. 18'000.00 dont les 2/3	fr. 12'000.00
débours :	fr. 322.00
TVA 7,6 % sur fr. 12'322.00	<u>fr. 936.45</u>
TOTAL	<u>fr. 13'258.45</u>

Les droits de l'Etat et de Me Allimann envers le demandeur sont réservés conformément à l'art. 82 al. 4 CPC.

Par ces motifs,

Le Président 2 de l'arrondissement judiciaire I Courtelary-Moutier-La Neuveville

rejette

la demande ; partant,

déboute

le demandeur de ses conclusions ;

met

les frais judiciaires, fixés au total à fr. 4'000.00, à la charge du demandeur, sous réserve des dispositions sur l'assistance judiciaire gratuite dont il bénéficie ;

dit

que les frais judiciaires sont partiellement prélevés sur les avances versées par la défenderesse, par fr. 2'200.00, le demandeur étant condamné à rembourser fr. 2'200.00 directement à la défenderesse ;

condamne

le demandeur à payer à la défenderesse ses dépens taxés comme suit :

honoraires :	fr. 18'000.00
débours :	fr. 277.00
TVA 7,6 % sur fr. 18'277.00	fr. 1'389.05
TOTAL	<u>fr. 19'666.05</u>

taxe

comme suit les honoraires de Me Allimann, mandataire d'office du demandeur :

honoraires : fr. 18'000.00 dont les 2/3	fr. 12'000.00
débours :	fr. 322.00
TVA 7,6 % sur fr. 12'322.00	fr. 936.45
TOTAL	<u>fr. 13'258.45</u>

réserve

les droits de l'Etat et de Me Allimann envers le demandeur conformément à l'art. 82 al. 4 CPC ;

ordonne

la notification du présent jugement aux parties, sous acte judiciaire, par leurs mandataires.

Le Président 2:

Le Greffier:

Ph. Beuchat

D. Steiner

Moyens de droit

Il peut être interjeté appel de ce jugement dans les 10 jours dès sa notification en s'adressant, par écrit, à l'arrondissement judiciaire 1 Courtelary - Moutier - La Neuveville à l'attention de la Cour d'appel du Canton de Berne. La déclaration d'appel indiquera en quoi l'appelant(e) réclame la réformation du jugement de première instance et quels sont les points sur lesquels il/elle entend que preuve soit faite encore (art. 338 et 339 CPC).