



Séance du

Présidence : M. Pascal L'Homme

Siègent :

Greffière : Mme Inès Jordan

DECISION

Dans la cause : A., à _____, demandeur,

c/

X. Assurances, à _____, défenderesse,

Le Tribunal

V U

le dossier et les débats ;

CONSIDERANT

que la question à juger est celle de savoir si

A. est fondé à conclure à ce qu'il plaise au Tribunal civil de l'arrondissement de la Veveyse, dire et prononcer, avec suite de dépens :

- I. X. Assurances est la débitrice d'A. d'un montant de Fr. 24'301.20 (vingt-quatre mille trois cent un francs et vingt centimes), avec intérêt à 5 % l'an dès le 3 décembre 2009, échéance moyenne, et lui en doit immédiatement paiement.
- II. X. Assurances est la débitrice d'A. de toutes les prestations prévues par la police d'assurance _____ jusqu'à leur épuisement."

ou si

X. Assurances est fondée à conclure à ce qu'il plaise au Tribunal civil de l'arrondissement de la Veveyse, dire et prononcer, avec suite de dépens :

"La demande du 4 mai 2010 est rejetée."

En fait

A.

Par mémoire du 4 mai 2010, A. a ouvert action contre X. Assurances.

A l'appui de son action, il fait valoir, en substance, les faits suivants :

A. exerce la profession de rôtiisseur de poulets en qualité d'indépendant depuis le mois de mai 2007. Il a souscrit auprès de X. Assurances une police d'assurance maladie collective no _____, avec effet au 12 septembre 2008. Pour conclure cette police d'assurance, le demandeur a rempli et signé le questionnaire de santé en date du 30 juillet 2008. A la question 8 (Etes-vous ou avez-vous été au cours des 5 dernières années sous traitement ou contrôle médical pour d'autres maladies, accidents, troubles ou douleurs qui n'ont pas encore été évoqués plus haut ?), le demandeur a indiqué souffrir d'un diabète de type 1 depuis le mois d'août 1985. Le 25 juillet 2009, A. a rempli un formulaire de déclaration de maladie dans lequel il a annoncé une incapacité de travail de 40 % depuis le 1^{er} juin 2009 et qui durait encore au moment du dépôt d'action. Il y a mentionné qu'il souffrait de douleurs aux mains et aux poignets. Par courrier recommandé du 9 novembre 2009, la société défenderesse a invoqué un cas de réticence et a résilié le contrat avec effet au 10 novembre 2009. A. soutient que la résiliation, qui ne respecte pas les conditions de forme posées pour la réticence, est injustifiée, car, au moment de remplir le questionnaire de santé, en juillet 2008, il ne souffrait, excepté son diabète, dûment déclaré, d'aucun ennui de santé et sa capacité de travail en qualité de rôtiisseur était intacte. Il précise qu'à cette époque, il avait subi une opération au poignet droit et en était guéri, de sorte qu'il ne s'agissait pas, pour lui, d'une affection ayant valeur de maladie ou de troubles graves. Il ajoute que s'il avait déclaré ses interventions bénignes, la société défenderesse aurait conclu l'assurance sans l'assortir de réserve.

B.

X. Assurances s'est déterminée le 14 juin 2010, soit dans le délai prolongé.

La société défenderesse fait, notamment, valoir ce qui suit :

A. souffrait manifestement de problèmes aux mains avant et durant la période où il a signé la proposition d'assurance et le questionnaire. Il a été opéré pour ces problèmes les 18 et 30 juillet 2008. Dès lors, au moment de la signature du questionnaire, le demandeur souffrait de troubles de la santé et subissait une incapacité de travail. L'origine de l'incapacité n'est pas le diabète, dûment indiqué dans le questionnaire, mais les problèmes articulaires qui ont nécessité des interventions chirurgicales et qui n'avaient pas été mentionnés dans ledit questionnaire. Le cas de réserve est, selon elle, établi.

C.

Les parties ont comparu le 29 septembre 2010 devant le Tribunal civil. Après les avoir entendues, le Tribunal a impartit au demandeur un délai expirant le 31 octobre 2010 pour produire son dossier AI et a indiqué qu'à réception dudit dossier, il établirait à l'intention de la Dresse C. un questionnaire écrit puis réassignerait la cause, avec audition de B. en qualité de témoin.

D.

Le 29 octobre 2010, soit dans le délai impartit, A. a produit son dossier AI.

E.

Le 4 novembre 2010, le Président du tribunal a soumis aux parties le questionnaire à l'intention de la Dresse C. et leur a impartit un délai expirant le 20 novembre 2010 pour lui faire part de leurs éventuelles observations.

Par courrier du 18 novembre 2010, soit en temps utile, A. a déposé trois questions supplémentaires qu'il souhaitait voir poser à son médecin.

Le 13 décembre 2010, la société défenderesse a indiqué en quel sens elle souhaitait voir le questionnaire complété.

F.

Par courrier du 28 décembre 2010, le Président du tribunal a soumis le questionnaire dans sa nouvelle teneur à la Dresse C.

G.

Par courrier du 18 février 2011, le Président du tribunal a indiqué à la Dresse C. que, le courrier du 28 décembre 2010 étant resté sans réponse, il lui impartissait un délai expirant le 15 mars 2011 pour répondre au questionnaire.

La Dresse C. a répondu audit questionnaire le 14 mars 2011.

H.

Par courrier du 25 mars 2011, A. a déclaré qu'il renonçait à l'audition, en qualité de témoin, de son épouse, B.

Par courrier du 29 mars 2011, le Président du tribunal a informé les parties qu'il dispensait B. de déposer aux débats de ce jour.

I.

Les parties ont comparu ce jour devant le Tribunal de céans. Au début de la séance, la société défenderesse a complété ses allégations puis les parties ont été brièvement entendues. La procédure probatoire a été close et la parole donnée aux mandataires des parties pour leur plaidoirie.

Statuant sur ces faits et considérant en droit

I.

L'article 6 LCA 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).

En l'espèce, A. a conclu auprès de X. Assurances un contrat d'assurance maladie collective avec effet au 12 septembre 2008. Le 25 juillet 2009, il a transmis à la compagnie d'assurances une déclaration de maladie dans lequel il annonçait une incapacité de travail de 40 % jusqu'au mois de décembre 2009 pour cause de douleurs aux mains et aux poignets. Par courrier recommandé du 9 novembre 2009, la société défenderesse a invoqué un cas de réticence et a résilié le contrat avec effet au 10 novembre 2009, reprochant à son assuré d'avoir omis de mentionner ses problèmes d'articulation en remplissant le questionnaire de santé en vue de la conclusion du contrat.

A l'appui de son action, A. fait valoir que la résiliation du contrat par la société défenderesse est tardive. En effet, son médecin traitant, la Dresse C., a adressé, le 21 septembre 2009, à la défenderesse un certificat médical initial dans lequel les deux cures des tunnels carpiens réalisées respectivement en août 2007 et juillet 2008 étaient expressément mentionnées. Dès lors, dans la mesure où la société défenderesse a eu connaissance de l'existence des problèmes articulaires du demandeur à fin septembre

2009 au plus tard, la résiliation du 9 novembre 2009 ne respecte pas le délai de quatre semaines.

Selon une jurisprudence constante du Tribunal fédéral, soutenue par la doctrine, il est admis, ce afin d'éviter de provoquer des résiliations hâtives et hasardeuses, que le délai de quatre semaines ne commence à courir que lorsque l'assureur est complètement orienté sur tous les points touchant la réticence et qu'il en a une connaissance effective. L'assureur agit dès lors en temps utile lorsqu'il cherche des informations précises et ne se départit du contrat que dans les quatre semaines qui suivent leur réception¹.

Il incombe à l'assureur de prouver que le délai a été respecté².

La société défenderesse soutient, en l'espèce, que le certificat médical du 21 septembre 2009 ne permettait pas d'avoir une connaissance effective d'un éventuel cas de réticence et nécessitait donc l'obtention de renseignements complémentaires. Ce n'est qu'à la suite de l'entretien téléphonique que le Dr D., son médecin-conseil, a eu avec la Dresse C., début novembre 2009, que la défenderesse a obtenu une connaissance suffisante du cas de réticence et a été en mesure de résilier le contrat litigieux.

X. Assurances se réfère à la demande de renseignements complémentaires que le Dr D. a adressée le 2 octobre 2009 à la Dresse C. à laquelle cette dernière a vraisemblablement répondu par téléphone le 21 octobre 2009 selon la note manuscrite apposée sur le document³. Il ressort de ce document qu'à la question de savoir laquelle des affections mentionnées (diabète de type I, ancien tabagisme, dyslipidémie et excès pondéral) était responsable de l'actuelle incapacité de travail de 40 %, le médecin du demandeur a répondu qu'il s'agissait surtout des problèmes rhumatologiques des mains. La Dresse C. a confirmé, dans sa réponse au questionnaire du 14 mars 2011, avoir effectivement donné des renseignements complémentaires au Dr D.

Compte tenu des exigences jurisprudentielles exposées ci-dessus, l'on ne saurait reprocher à la défenderesse de ne pas avoir invoqué le cas de réticence sur la seule base du certificat médical du 21 septembre 2009 et d'avoir, au contraire, sollicité des renseignements complémentaires directement auprès du médecin ayant rédigé ledit certificat à l'appui de la déclaration de maladie. Cela était d'autant plus justifié que ledit certificat mentionnait, au point 1 relatif au(x) diagnostic(s) avec incidence sur l'incapacité de travail, pas moins de six affections à la santé. Dès lors, le 21 octobre 2009, la défenderesse, par l'intermédiaire de son médecin-conseil, disposait des éléments nécessaires pour se prononcer sur un éventuel cas de réticence. Partant, force est de constater que la résiliation du 9 novembre 2009 est intervenue dans le délai préemptoire de quatre semaines.

II.

A. soutient également que le courrier de résiliation du 9 novembre 2009 ne satisfait pas aux conditions de forme posées par le Tribunal fédéral pour l'invocation de la réticence. A cet effet, il se réfère à la jurisprudence du Tribunal fédéral selon laquelle l'assureur doit indiquer de manière précise, dans son courrier de résiliation, à quelle question l'assuré aurait mal répondu, soit en se référant au numéro de question, soit en reproduisant l'intitulé complet de la question. Il doit indiquer en quoi consiste précisément la réticence, c'est-à-dire mentionner les faits qui auraient dû être indiqués et qui ne l'ont pas été⁴.

¹ ATF 118 II 333

² ATF 118 précité et références citées

³ Pce 13, bordereau demandeur du 04.05.10

⁴ ATF 129 III 713

Le demandeur fait ainsi valoir que le courrier du 9 novembre 2009¹ est contradictoire puisqu'il est reproché à ce dernier d'avoir passé sous silence la "maladie survenue en 2007" et traitée par la Dresse C. Celle-ci est diabétologue et traite le demandeur en raison de son diabète. Or, cette affection a été dûment mentionnée dans le questionnaire de santé du 30 juillet 2008. A. ajoute que la formulation est imprécise dans la mesure où la maladie invoquée fait vraisemblablement référence à l'intervention chirurgicale ponctuelle du tunnel carpien à laquelle, de bonne foi et compte tenu de ses connaissances et de son éducation, il ne conférait pas le degré de maladie.

Dans son courrier du 9 novembre 2009, la société défenderesse indique quelle information relative à sa santé le demandeur n'a pas signalée dans le questionnaire du 30 juillet 2008, à savoir "la maladie survenue en 2007 et traitée par la Dresse C." et mentionne expressément, en les reproduisant entièrement, les deux questions, nos 4 et 6 (ainsi que les réponses), auxquelles elle considère que le demandeur a apporté une réponse incorrecte. La question 6 porte sur les maladies, troubles ou autres affections du système locomoteur. Elle détaille de manière précise les endroits du corps susceptibles d'être atteints (tels que les os et les articulations par exemple) et les douleurs pouvant en résulter (douleurs des épaules ou rhumatisme notamment). Enfin, la société défenderesse reproduit intégralement l'article 6 LCA qui donne la définition du cas de réticence.

L'on ne peut raisonnablement croire que le demandeur qui a subi un traitement du tunnel carpien en 2007, soit deux ans auparavant, n'ait pas été en mesure de savoir à quoi la "maladie survenue en 2007 et traitée par la Dresse C." fait référence. Cela est d'autant moins concevable que la question 6 sur les troubles de l'appareil locomoteur est retranscrite entièrement juste au-dessous. A cela s'ajoute que la Dresse C., bien que diabétologue, est son médecin traitant, ce qu'il ne peut ignorer, et que c'est elle qui l'a dirigé vers des spécialistes de la main². Il sied, en outre, de rappeler que c'est bien avec la diabétologue que le médecin-conseil de la défenderesse a eu un contact et que c'est elle qui a rédigé le certificat médical du 21 septembre 2009 dans lequel elle y mentionne les problèmes rhumatologiques. Le raccourci opéré par la défenderesse dans la désignation du médecin est donc excusable et ne contrevient pas aux exigences jurisprudentielles. Il sied ici de relever que, selon le Tribunal fédéral, l'invocation d'un cas de réticence doit être interprétée sans formalisme excessif³.

Au vu de ce qui précède, force est de constater que le courrier du 9 novembre 2009 respecte la forme nécessaire à l'invocation d'un cas de réticence.

III.

A. soutient, finalement, qu'il n'y a pas de cas de réticence au sens de l'article 6 LCA. Hormis son diabète, il était en parfaite santé au moment où il a rempli le questionnaire de santé. Il venait certes de subir une intervention chirurgicale, mais celle-ci n'avait posé aucun problème particulier et sa capacité de travail dans son activité de rôtiisseur de poulet était donc entière. Sa réponse négative à la question no 4 ("Avez-vous des problèmes de santé ou votre capacité de travail est-elle limitée ?") était dès lors correcte. Le demandeur fait également valoir que le libellé de la question l'incitait à ne mentionner que des affections graves, l'entravant dans ses mouvements de manière durable. Or, comme il avait été opéré, le problème du tunnel carpien était, pour lui, une affaire réglée.

¹ Pce 14, bordereau demandeur du 04.05.10

² Cf. réponses 1 et 3 au questionnaire du 14.03.11

³ ATF 110 II 499

Il considérait en outre que la principale affection était son diabète et qu'elle était la seule susceptible de conduire à un rejet de la conclusion du contrat¹..

De son côté, X. Assurances fait valoir qu'il n'appartient pas à l'assuré de juger si une question est importante ou non ou encore si un problème de santé est ou non bénin. En l'espèce, selon la Dresse C., le demandeur souffrait d'affections rhumatismales depuis 2007 qui diminuait sa capacité de travail de 40 %. Dès lors, en répondant par la négative à la question no 6 ("Souffrez-vous ou avez-vous souffert de maladies, de troubles ou d'affections de l'appareil locomoteur (os, articulations, colonne vertébrale, disques intervertébraux, muscles, ligaments, tendons) tels que : douleurs dorsales, cervicales, des épaules, arthrose, rhumatisme ou autre ?"), le demandeur n'a pas dit la vérité.

A teneur 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 détermination de l'assureur à conclure le contrat ou à 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).

Le demandeur soutient que l'examen de l'existence d'un fait important ne doit pas se faire uniquement sur un plan objectif mais doit également tenir compte des circonstances subjectives. Selon lui, il y a lieu de tenir compte de son expérience et de ses connaissances propres.

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral citée par le demandeur², il y a lieu de ne retenir ni un critère purement subjectif ni un critère purement objectif pour déterminer si le proposant a rempli ou non ses obligations quant aux déclarations à faire. Ainsi, doivent entrer en ligne de compte les circonstances du cas particulier, notamment des qualités (intelligence, formation, expérience) et de la situation du proposant. Cela signifie que le proposant doit déclarer à l'assureur non seulement les faits importants pour l'appréciation du risque qui lui sont effectivement connus mais également ceux qui font l'objet de questions écrites et qui lui sont connus ou doivent être connus de lui. En revanche, il n'a pas à déclarer d'une façon générale tous les faits importants pour l'appréciation du risque qui sont objectivement reconnaissables lors de la conclusion du contrat. Ainsi, selon le Tribunal fédéral, ce qui est déterminant c'est de savoir si et dans quelle mesure le proposant pouvait donner, de bonne foi, une réponse négative à une question de l'assureur, selon la connaissance qu'il avait de la situation et, le cas échéant, selon les renseignements que lui avaient fournis des personnes qualifiées.

Dans un arrêt plus récent, la haute cour est allée un peu plus loin en faveur de l'appréciation subjective en considérant comme déterminante l'exactitude subjective de la déclaration que le proposant est en mesure de faire à la lumière de sa situation personnelle³.

En l'espèce, l'énoncé des questions no 4 (Avez-vous des problèmes de santé ou votre capacité de travail est-elle limitée ?) et 6 (Souffrez-vous ou avez-vous souffert de maladies, de troubles ou d'affections de l'appareil locomoteur -os, articulations, colonne vertébrale, disques intervertébraux, muscles, ligaments, tendons- tels que douleurs dorsales, cervicales, des épaules, arthrose, rhumatisme ou autre ?) du questionnaire litigieux est clair et ne prête pas à équivoque. Il est manifeste que les questions sont énoncées pour être comprises de tout un chacun, quel que soit le niveau de formation ou

¹ PV du 29.09.10 p. 1 in fine

² ATF 118 II 333

³ 4D_80/2008, arrêt du 26 septembre 2008

d'intelligence. Leur formulation est également suffisamment large pour inciter le preneur d'assurance à mentionner toutes les affections dont il pouvait ou avait pu souffrir, sans limite de critère lié, par exemple, à la gravité ou à la durée de l'atteinte à la santé. Force est dès lors d'admettre qu'elles étaient parfaitement compréhensibles pour le demandeur qui présente une certaine expérience en matière d'affections à la santé, compte tenu de son passé médical.

Il ressort du dossier qu'A. a subi une opération du tunnel carpien de la main droite en 2007. L'intervention a été suivie de douleurs cicatricielles un peu prolongées et difficiles, partiellement dues au diabète mais peut-être aussi à une reprise du travail trop rapide, le demandeur étant alors indépendant et non couvert par une assurance perte de gain¹. Le demandeur a été opéré, une nouvelle fois, d'un syndrome du canal carpien, à la main gauche cette fois, les 18 et 30 juillet 2008². Le 30 juillet 2008, soit le jour même de la seconde opération, A. a rempli et signé le questionnaire de santé relatif la proposition d'assurance maladie collective no _____³.

Le 27 mars 2008, A. a déposé une demande de prestations AI pour adultes tendant à l'obtention d'une rente. Dans sa requête, il a mentionné que l'atteinte à sa santé était causée par une maladie et a précisé les affections dont il souffrait comme suit : diabète de type 1, syndrome du tunnel carpien et téno-vaginite⁴. Le 27 juin 2008, la Dresse C. a adressé à l'assurance-invalidité un rapport médical pour l'examen du droit aux prestations de son patient. Elle y indique que la cause de l'incapacité de travail est due à une maladie et mentionne comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail : diabète de type 1, syndrome du tunnel carpien pour les deux mains et téno-vaginite aux deux majeurs. Au niveau des symptômes actuels, le médecin mentionne des difficultés à cisailer pour la main droite et des douleurs dans les doigts et les poignets lorsque son patient lève des broches dans le cadre de son activité de rôtiiseur, et précise que le rendement en est affecté puisque ce dernier ne peut actuellement travailler que trois jours au lieu de cinq par semaine⁵.

Le 7 mai 2008, l'Office de l'Assurance-Invalidité pour le canton de Vaud a adressé un projet de décision à A. tendant au rejet de la demande de rente AI, au motif que les problèmes de tunnel carpien, en l'absence de complications, ne présentent pas de caractère incapacitant durable et que le diabète n'influence pas la capacité de travail et de gain⁶.

Il ressort, en outre, du certificat médical établi le 25 novembre 2008 par le Dr E., spécialiste en chirurgie de la main, que le demandeur souffrait toujours d'ankyloses articulaires inter-phalangiennes, surtout à la main droite, qui réduisaient sa mobilité et provoquaient des douleurs à l'effort. Il était précisé que le pronostic de l'articulation du majeur droit était incertain et représentait une limitation pour effectuer des travaux répétitifs et lever des charges au-delà de 10 à 15 kg régulièrement⁷.

Le 19 janvier 2009, la Dresse C. a adressé un nouveau rapport médical à l'Office de l'Assurance-Invalidité pour le canton de Vaud. Le médecin y précise qu'étant donné que son patient était indépendant et sans couverture de perte de gain, elle ne lui avait pas prescrit d'arrêt de travail et n'avait dès lors pas pu être en mesure d'attester d'une incapacité de travail dans son précédent rapport du 27 juin 2008 ; elle était toutefois en mesure d'attester aujourd'hui qu'A. se trouvait être en incapacité de travail à 40 % depuis

¹ Courrier du Dr E. du 19.02.2008, pce 3, bordereau défenderesse du 14.06.10

² Pces 5 et 6, bordereau précité

³ Pce 9, bordereau demandeur du 04.05.10

⁴ Dossier AI ; pce 10, bordereau défenderesse du 14.06.10

⁵ Dossier AI

⁶ Dossier AI

⁷ Dossier AI

le début de l'année 2007. Elle conclut en relevant que son patient se sentait actuellement bien dans son travail et qu'il serait dès lors adéquat de lui accorder une rente d'invalidité de 40 %, afin qu'il puisse poursuivre son activité d'indépendant sans risque pour sa santé¹.

Le 13 octobre 2009, l'Office de l'Assurance-Invalidité a adressé un nouveau projet de décision à A. Il y est indiqué qu'une baisse de rendement de 20 à 30 % dans son activité habituelle de rôtiisseur indépendant à plein temps pouvait être admise et que la perte de gain consécutive pouvait être fixée à environ Fr. 22'000.-- par année, soit un degré d'invalidité de 35,65 %, inférieur à 40 % et donc ne conférant pas droit à une rente AI. Par conséquent, la demande a été rejetée une nouvelle fois. Le 23 novembre 2009, l'Office AI a prononcé une décision de refus de rente d'invalidité. Le 9 janvier 2010, A. a interjeté recours contre cette décision. Par arrêt du 5 juillet 2010, la Cour des assurances sociales du canton de Vaud a annulé la décision et a renvoyé le dossier à l'Office AI pour complément d'instruction.

A l'appui de son action, A. affirme que lorsqu'il a rempli le questionnaire de santé, en juillet 2008, il ne se trouvait pas en incapacité de travail, mais en vacances. Il soutient également que l'opération à la main gauche était une formalité dont il allait rapidement guérir et qui n'entamerait pas sa capacité de travail.

Son argument n'est pas soutenable et frôle la mauvaise foi. En effet, il ressort clairement du dossier que le demandeur a été contraint de prendre des "vacances" à la suite des opérations des 18 et 30 juillet 2008, car il ne pouvait bénéficier d'aucune couverture perte de gains. Ce fait est confirmé par son médecin traitant². Il n'aurait de toute façon pas été en mesure de travailler durant trois à cinq semaines suivant les interventions en raison du processus de cicatrisation à respecter³.

A cela s'ajoute que la demande déposée par A. en vue de l'obtention d'une rente n'est pas motivée uniquement par son diabète mais également par ses problèmes rhumatologiques (tunnel carpien et de téno-vaginite). L'année précédant le dépôt de sa demande, il avait ainsi été opéré à la main droite. En juillet 2008, il était opéré à la main gauche. En janvier 2009, la Dresse C. a déclaré à l'Office AI que son patient souffrait d'une incapacité de travail de 40 % depuis 2007, soit depuis qu'il exerçait l'activité de rôtiisseur de poulet. Elle a confirmé dans sa réponse au questionnaire du 14 mars 2011 (réponse no 4) que cette incapacité était due aux symptômes rhumatologiques. Actuellement, le demandeur est toujours en incapacité de travail pour des problèmes rhumatologiques (épaules et mains dans une moindre mesure)⁴.

Force est de constater que contrairement à ce que soutient le demandeur, ses problèmes rhumatologiques ne sont pas bénins et qu'il ne suffit manifestement pas d'une intervention chirurgicale pour y remédier. Ce sont bien ses affections qui l'entravent dans son activité de rôtiisseur depuis 2007 déjà et non son diabète, déclaré en 1985 et qui lui s'est stabilisé depuis qu'il a commencé cette nouvelle activité, et qui ont motivé le dépôt de la demande de rente AI en mars 2008, soit peu après leur apparition et peu avant une nouvelle opération.

Il sied également d'ajouter qu'il n'appartient pas au preneur d'assurance de déterminer ce qui est ou non important pour la conclusion du contrat. Son obligation est de répondre correctement aux questions qui lui sont posées.

¹ Dossier AI

² Cf. courrier de la Dresse C. du 14.03.11 (réponse 10)

³ PV du 01.06.11 p. 2

⁴ PV du 29.09.10 p. 1 in fine

Dans l'arrêt du 26 septembre 2008 cité ci-dessus¹, le Tribunal fédéral a rappelé qu'il était 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 proposant a omis de déclarer ou inexactement déclaré. En l'espèce, A. soutient que s'il avait déclaré les interventions subies aux mains, l'assurance aurait conclu la police sans l'assortir de réserve², ce que conteste la défenderesse³. En l'absence d'éléments plus probants que les seules déclarations, contestées, du demandeur, l'on ne saurait considérer pour établi le fait allégué par ce dernier.

Au vu de ce qui précède, force est de constater qu'en taisant son incapacité effective de travail et en omettant de mentionner les problèmes rhumatologiques dont il avait souffert en 2007 et dont il souffrait encore au moment de la signature du questionnaire de santé, le demandeur n'a omis d'indiquer deux éléments importants au sens de l'article 4 al. 3 LCA. Partant le cas de réticence est établi, ce qui doit conduire au rejet de l'action.

IV.

En application des articles 85 aLCA et 111 CPC-FR, il n'est pas perçu de frais et les dépens sont mis à la charge d'A. qui a succombé.

Par ces motifs PRONONCE

1. **La demande déposée par A. le 4 mai 2010 à l'encontre de X. Assurances est rejetée.**
2. **Il n'est pas perçu de frais de justice.**
3. **Les dépens sont mis à la charge d'A.**

La présente décision est notifiée aux parties par l'intermédiaire de leurs mandataires.

Châtel-St-Denis, le 1^{er} juin 2011/ij

La Greffière :

Le Président :

Voies de droit :

La présente décision peut faire l'objet d'un appel dans les 30 jours dès la présente notification, en 2 exemplaires et avec le présent jugement, auprès de la Cour d'appel du Tribunal cantonal, à Fribourg.

¹ 4D_80/2008, arrêt du 26 septembre 2008

² Demande du 04.05.10 p. 8 ch. 34

³ Réponse du 14.06.10 p. 8 ad 34 et PV du 29.09.10 p. 2 in fine