

Cour de cassation

Chambre civile 2

Audience publique du 8 mars 2012

N° de pourvoi: 11-10.857

Publié au bulletin

Rejet

M. Loriferne (président), président

Me Foussard, SCP Nicolaý, de Lanouvelle et Hannotin, avocat(s)

REPUBLIQUE FRANCAISE

AU NOM DU PEUPLE FRANCAIS

LA COUR DE CASSATION, DEUXIÈME CHAMBRE CIVILE, a rendu l'arrêt suivant :

Sur le moyen unique :

Attendu, selon l'arrêt attaqué (Grenoble, 22 février 2010), que les époux X... ont souscrit auprès de la société Banque du groupe Casino une offre préalable de crédit le 14 décembre 2002 et un prêt personnel le 30 mars 2003 ; qu'à ces occasions, M. X... a adhéré à une assurance auprès de la société Alico (la société) couvrant notamment le risque lié à l'interruption de travail pour accident ou maladie; qu'assignés en paiement de diverses mensualités, impayées par suite d'un arrêt de travail du mari, les époux X... ont appelé cette société en garantie;

Attendu que les époux X... font grief à l'arrêt de rejeter leur demande alors, selon le moyen :

1°/ que l'élément intentionnel requis par l'article L. 113-8 du code des assurances, postule que la déclaration inexacte soit intentionnelle, autrement dit qu'elle ait été faite dans l'intention de tromper l'assureur ; qu'en se bornant, en l'espèce, à relever que les déclarations de M. X... étaient inexactes, et que les conditions d'adhésion étaient claires et sans ambiguïté, pour en déduire que la condition d'adhésion était remplie, sans faire état d'autres circonstances propres à la psychologie de l'assuré, les juges du fond ont violé l'article L. 113-8 du code des assurances ;

2°/ que la vérification qui doit être faite par le juge, quant à l'intention, suppose que la démarche du juge soit correcte quant aux faits ou quant à l'acte concerné par l'intention ; qu'en l'espèce, la demande d'indemnité était fondée sur une déclaration inexacte ; qu'en visant une omission, qui s'analyse en une abstention, et non en une déclaration inexacte, qui constitue un fait positif, pour considérer que l'élément intentionnel était caractérisé, les juges du fond ont commis une erreur de droit et violé l'article L. 113-8 du code des assurances ;

Mais attendu que l'arrêt retient qu'aux termes du contrat du 30 mars 2003, M. X... a signé un document d'adhésion à l'assurance facultative du compte garantie "décès, PTIA, ITAM (interruption de travail pour accident ou maladie) et perte d'emploi" en certifiant satisfaire aux conditions requises compte tenu de son âge ; qu'il a apposé sa signature en dessous de la mention suivante : "pour adhérer et être assuré, il faut à la date de signature de l'offre (...) ne pas avoir été en arrêt de travail sur prescription médicale pendant plus de 30 jours (consécutifs ou non) au cours des 24 derniers mois" ; qu'il a également, s'agissant du contrat du 14 décembre 2002, adhéré à l'assurance facultative du compte garantie "décès, ITAM et perte d'emploi" le document d'adhésion précisant : "pour bénéficier de la garantie ITAM, je ne dois pas avoir été en arrêt de travail sur prescription médicale plus de 30 jours, consécutifs ou non, au cours des 12 derniers mois" ; qu'il a apposé sa signature en dessous de ce paragraphe, dont les caractères identiques à ceux des autres stipulations de l'offre préalable ont une taille parfaitement lisible, en certifiant satisfaire aux conditions requises compte tenu de son âge (ces dernières mentions étant en caractères gras) ; qu'il est inscrit en caractères gras en dessous de la signature de M. X... sur le contrat du 14 décembre 2002 et en caractères plus importants sur celui du 30 mars 2003 : "l'adhésion à l'assurance est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de votre part ou si votre âge est en dehors des limites indiquées" (articles L. 113-8 et 132-26 du code des assurances) ; que M. X... a été pendant les périodes visées, en arrêt de travail durant un total de 32 jours, soit du 7 au 24 mars 2002 et du 30 septembre au 13 octobre 2002 comme cela ressort de l'historique établi par la caisse primaire d'assurance maladie de Grenoble et que les déclarations faites à la société d'assurance sont donc inexactes ; que les conditions d'adhésion que M. X... a certifié remplir, étaient claires et sans ambiguïté, la notion d'arrêt de travail visée au document litigieux étant conforme à celle qui figure sur les arrêts délivrés par les autorités médicales à tout patient ;

Que de ces constatations et énonciations procédant de son appréciation souveraine de la valeur et de la portée des éléments de preuve, la cour d'appel, sans être tenue de suivre les parties dans le détail de leur argumentation, a exactement déduit que M. X... avait commis, à l'occasion de la signature des deux contrats d'assurance, une déclaration inexacte par omission volontaire de circonstances propres à changer l'objet du risque ou à en diminuer l'opinion pour l'assureur, justifiant ainsi également sa décision ;

PAR CES MOTIFS :

REJETTE le pourvoi ;

Condamne M. et Mme X... aux dépens ;

Vu les articles 700 du code de procédure civile et 37 de la loi du 10 juillet 1991, rejette la demande de Me Foussard ;

Ainsi fait et jugé par la Cour de cassation, deuxième chambre civile, et prononcé par le président en son audience publique du huit mars deux mille douze.

MOYEN ANNEXE au présent arrêt

Moyen produit par Me Foussard, avocat aux Conseils pour M. et Mme X...

L'arrêt infirmatif attaqué encourt la censure ;

EN CE QU'il a rejeté la demande en garantie formée par M. et Mme X... à l'encontre de la SA ALICO ;

AUX MOTIFS QUE « le non respect de l'obligation de répondre avec loyauté et sincérité aux questions posées par l'assureur relevant de l'obligation de bonne foi qui s'impose en matière contractuelle, est sanctionnée par les dispositions de l'article L 113-7 du Code des assurances à savoir la nullité du contrat d'assurance ; qu'aux termes du contrat du 30 mars 2003, M. Saber X... a signé un document d'adhésion à l'assurance facultative du compte garantie "DÉCÈS, PTIA, ITAM (interruption de travail pour accident ou maladie) et PERTE D'EMPLOI" en certifiant satisfaire aux conditions requises compte tenu de son âge ; qu'il a apposé sa signature en dessous de la mention suivante : "pour adhérer et être assuré, il faut à la date de signature de l'offre (...) ne pas avoir été en arrêt de travail sur prescription médicale pendant plus de 30 jours (consécutifs ou non) au cours des 24 derniers mois" ; qu'il a également s'agissant du contrat du 14 décembre 2002 adhéré à l'assurance facultative du compte garantie "DÉCÈS, ITAM (interruption de travail pour accident ou maladie) et PERTE D'EMPLOI" le document d'adhésion précisant : "pour bénéficiaire de la garantie ITAM, je ne dois pas avoir été en arrêt de travail sur prescription médicale plus de 30 jours, consécutifs ou non, au cours des 12 derniers mois" ; qu'il a apposé sa signature en dessous de ce paragraphe, dont les caractères identiques à ceux des autres stipulations de l'offre préalable ont une taille parfaitement lisible, en certifiant satisfaire aux conditions requises compte tenu de son âge (ces dernières mentions étant en caractère gras) ; qu'il est inscrit en caractères gras en dessous de la signature de M. Saber X... sur le contrat du 14 décembre 2002 et en caractère plus importants sur celui du mars 2003 : "l'adhésion l'assurance est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de votre part ou si votre âge est en dehors des limites indiquées (articles L 113-8 et 132-26 du Codes des assurances) ; qu'or, il n'est pas contesté que M. Saber X... a été, pendant les périodes visées, en arrêt de travail durant un total de 32 jours, soit du 7 au 24 mars 2002 et du 30 septembre au 13 octobre 2002 comme cela ressort de l'historique établi par la CPAM de Grenoble et que les déclarations faites à la compagnie d'assurance sont donc inexactes ; que les conditions d'adhésion que M. Saber X... a certifié remplir, étaient claires et sans ambiguïté, la notion d'arrêt de travail visé au document litigieux étant conforme à celle qui figure sur les arrêts délivrés par les autorités médicales à tout patient, ce qui devait conduire M. Saber X... à ne pas adhérer à cette

assurance compte tenu des arrêts cumulés ; qu'il résulte de ce qui précède, que M. Saber X... a procédé à une omission volontaire constitutive de réticence au sens de l'article L 113-8 précité, en ce qu'elle changeait l'objet du risque ou en diminuait l'opinion pour l'assureur, de sorte qu'il doit être débouté de sa demande de garantie formulée à l'encontre de la SA ALICO » ;

ALORS QUE, premièrement, l'élément intentionnel requis par l'article L. 113-8 du code des assurances, postule que la déclaration inexacte soit intentionnelle, autrement dit qu'elle ait été faite dans l'intention de tromper l'assureur ; qu'en se bornant, en l'espèce, à relever que les déclarations de M. X... étaient inexactes, et que les conditions d'adhésion étaient claires et sans ambiguïté, pour en déduire que la condition d'adhésion était remplie, sans faire état d'autres circonstances propres à la psychologie de l'assuré, les juges du fond ont violé l'article L. 113-8 du code des assurances ;

ALORS QUE, deuxièmement, la vérification qui doit être faite par le juge, quant à l'intention, suppose que la démarche du juge soit correcte quant aux faits ou quant à l'acte concerné par l'intention ; qu'en l'espèce, la demande d'indemnité était fondée sur une déclaration inexacte ; qu'en visant une omission, qui s'analyse en une abstention, et non en une déclaration inexacte, qui constitue un fait positif, pour considérer que l'élément intentionnel était caractérisé, les juges du fond ont commis une erreur de droit et violé l'article L. 113-8 du code des assurances.

Publication :

Décision attaquée : Cour d'appel de Grenoble du 22 février 2010