

Cour de cassation

Chambre civile 2

Audience publique du 29 juin 2017

N° de pourvoi: 16-18.975

ECLI:FR:CCASS:2017:C201059

Publié au bulletin

Rejet

M. Savatier (conseiller doyen faisant fonction de président), président

SCP Boré, Salve de Bruneton et Mégret, SCP François-Henri Briard, SCP Ortscheidt, 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 (Douai, 21 janvier 2016), que pour garantir le remboursement d'un prêt immobilier contracté auprès de la société Crédit du Nord, Raymond X... a souscrit le 17 juillet 2008 auprès de la société Quatrem assurances collectives (l'assureur) un contrat d'assurance couvrant le risque décès ; que Raymond X... est décédé le 27 février 2010 ; que l'assureur ayant refusé sa garantie en arguant d'une fausse déclaration lors de la souscription, Mme X... l'a assigné en exécution du contrat ;

Attendu que Mme X... fait grief à l'arrêt de constater la nullité du contrat d'assurance souscrit par Raymond X... et, en conséquence, de la débouter de sa demande de mise en jeu de la garantie décès, alors, selon le moyen :

1°/ que la fausseté de la déclaration ne peut procéder que d'une réponse inexacte à une question précisément libellée ; qu'en jugeant que la question relative à l'existence d'une « affection grave ou chronique » était libellée « dans des termes clairs, excluant ainsi que soutenu par Mme X..., une distinction entre pathologie chronique grave et pathologie chronique bénigne », de sorte que la réponse négative de M. X... devait être considérée comme une fausse déclaration, sans rechercher, comme elle y était invitée, si la notion

d'affection chronique pouvait être comprise en ce sens qu'elle induit la mise en place d'un suivi médical et d'un traitement régulier, la cour d'appel a privé sa décision de base légale au regard de l'article 1134 du code civil dans sa rédaction antérieure à l'ordonnance n° 2016-131 du 10 février 2016, ensemble l'article L. 113-8 du code des assurances ;

2°/ qu'en relevant « qu'il résu[ltait] de ces éléments médicaux [datés des 26 avril, 6 juillet et 24 septembre 2010, nous précisons] que l'expert a pu retenir que M. X... souffrait d'une pathologie respiratoire chronique de type broncho-pneumopathie chronique obstructive avec emphysème depuis trois ou quatre ans, soit depuis 2006 ou 2007 » pour conclure à la fausseté de la déclaration de Raymond X..., sans rechercher, comme il le lui était demandé, si l'absence de diagnostic médical de ladite affection à la date de souscription du contrat d'assurance ne permettait pas à Raymond X... de fournir une réponse négative à la question posée, la cour d'appel a privé sa décision de base légale au regard de l'article L. 113-8 du code des assurances ;

3°/ que l'assureur doit sa garantie dès lors que le caractère intentionnel de la fausse déclaration du souscripteur n'est pas établi ; que le caractère intentionnel suppose que le souscripteur ait eu connaissance, au moment de la signature du contrat, de l'information qu'il dissimule par sa réponse négative à la question posée, ainsi que la volonté de tromper l'assureur sur la nature du risque assuré ; que la bonne foi du souscripteur est toujours présumée ; qu'en se bornant à juger que « le caractère intentionnel résulte de ce que les symptômes sont, selon l'expert, d'expression quotidiennes et de nature à ne pas être ignorés (toux, crachats, essoufflement) », la cour d'appel a privé sa décision de base légale au regard de l'article L. 113-8 du code des assurances ;

4°/ qu'il appartient à l'assureur invoquant la nullité d'un contrat d'assurance en raison d'une fausse déclaration du souscripteur de rapporter la preuve du caractère intentionnel de celle-ci ; que la bonne foi du souscripteur est toujours présumée ; qu'en jugeant, par motifs éventuellement adoptés, qu'« aucun élément des débats ne vient démontrer que M. X... aurait ignoré souffrir d'une bronchite chronique traitée par voie médicamenteuse », la cour d'appel a inversé la charge de la preuve et partant violé l'article L. 113-8 du code des assurances ensemble l'article 1315 du code civil ;

5°/ que la fausse déclaration intentionnelle du souscripteur n'entraîne la nullité du contrat d'assurance que si elle change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur ; qu'en se bornant à affirmer « qu'en tronquant la réalité de sa situation médicale, il a modifié l'appréciation que pouvait avoir la compagnie d'assurance du risque qu'il présentait puisque le contrat en cause visait à couvrir le risque décès et perte totale d'autonomie », sans expliquer en quoi des épisodes de bronchites aiguës pouvaient entraîner un décès ou une perte totale d'autonomie, condition pour qu'une modification du risque aux yeux de l'assureur puisse être retenue, la cour d'appel a privé sa décision de base légale au regard des articles L. 113-8 du code des assurances et 1134 du code civil dans sa rédaction antérieure à l'ordonnance n° 2016-131 du 10 février 2016 ;

Mais attendu que, sous couvert des griefs non fondés de défaut de base légale et de violation de la loi au regard des articles L. 113-8 du code des assurances, 1134 et 1315 du code civil, dans leur rédaction antérieure à celle issue de l'ordonnance du 10 février 2016,

le moyen ne tend qu'à remettre en discussion devant la Cour de cassation l'appréciation souveraine de la cour d'appel qui a estimé, d'abord, que les questions posées dans le formulaire de déclaration du risque étaient précises, ensuite, que la réponse apportée par Raymond X... à l'une d'elles constituait une fausse déclaration qui revêtait un caractère intentionnel et enfin, que celle-ci avait changé l'objet du risque ou en avait diminué l'opinion pour l'assureur ;

D'où il suit que le moyen, inopérant en sa quatrième branche en ce qu'il vise des motifs surabondants, ne peut être accueilli ;

PAR CES MOTIFS :

REJETTE le pourvoi ;

Condamne Mme X... aux dépens ;

Vu l'article 700 du code de procédure civile, rejette les demandes ;

Ainsi fait et jugé par la Cour de cassation, deuxième chambre civile, et prononcé par le président en son audience publique du vingt-neuf juin deux mille dix-sept.

MOYEN ANNEXE au présent arrêt

Moyen produit par la SCP Ortscheidt, avocat aux Conseils, pour Mme X...

IL EST FAIT GRIEF à l'arrêt confirmatif attaqué d'avoir constaté la nullité du contrat d'assurance souscrit par Monsieur X... auprès de la société Quatrem Assurances collectives et, en conséquence, débouté Madame Renelle X... de sa demande de mise en jeu de la garantie décès ;

AUX MOTIFS PROPRES QU'aux termes de l'article L.113-8 du code des assurances, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de rassuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre ; qu'en l'espèce, il résulte du contrat souscrit par M. X... que celui-ci a répondu "non" aux trois questions suivantes : « au cours des cinq dernières années avez-vous suivi un ou plusieurs traitements médicaux (prescription de médicaments, régime alimentaire) pendant plus de trois mois », « prenez-vous régulièrement un ou plusieurs médicaments ou faites-vous l'objet d'une surveillance médicale particulière », « avez-vous été ou êtes-vous atteint d'une infirmité quelconque ou atteint d'une affection grave ou chronique » en référence à la liste des pathologies annexées au contrat souscrit par M. X... auprès de la société Quatrem ; qu'il résulte ensuite de l'expertise médicale sur pièces réalisée par le docteur Y... que le

courrier du service de réanimation du (71-11W de Lille daté du 27 avril 2010 fait état dans les antécédents d'un "syndrome dépressif" et d'une "insuffisance respiratoire chronique sur exposition professionnelle avec emphysème" ; que l'expert précise dans son rapport que cette pathologie respiratoire chronique est confirmée par le médecin traitant qui note dans un certificat daté du 6 juillet 2010 : "EIPCO + emphysème depuis 3 à 4 ans. EIPCO modérée traitée par corticoïdes inhalés, bien stabilisée (pas d'insuffisance respiratoire). Suivi au cours des exacerbations de bronchites" puis dans le certificat du 24 septembre 2010: "bronchite chronique très modérée" ; que l'expert ajoute également que les deux traitements inhalés correspondent au traitement continu de l'asthme persistant, mais que les ordonnances communiquées ne n'entrent pas de prescription régulière ; qu'il résulte de ces éléments médicaux que l'expert a pu retenir que M. X... souffrait d'une pathologie respiratoire chronique de type broncho-pneumopathie chronique obstructive avec emphysème depuis 3 ou 4 ans, soit depuis 2006 ou 2007 ; que l'expert conclut en conséquence que si M. X... pouvait répondre "non" à la question relative au suivi d'un traitement médical pendant plus de trois mois au cours des cinq dernières années et à la question relative à la prise de médicaments ou à une surveillance médicale particulière, il ne pouvait pas répondre négativement à la question : "avez-vous été ou êtes-vous atteint d'une infirmité quelconque ou atteint d'une affection grave ou chronique" en référence à la liste des pathologies annexées au contrat souscrit par M. X... auprès de la société Quatrem, dont la broncho pneumopathie chronique obstructive ; qu'il résulte de ces éléments qu'en répondant "non" à cette question, M. X... a fait une fausse déclaration dont le caractère intentionnel résulte de ce que les symptômes sont, selon l'expert, d'expression quotidiennes et de nature à ne pas être ignorés (toux, crachats, essoufflement) ; que ce faisant, M. X... s'est présenté à la société Quatrem comme un assuré de 68 ans exempt de toute pathologie ; qu'en tronquant la réalité de sa situation médicale, il a modifié l'appréciation que pouvait avoir la compagnie d'assurance du risque qu'il présentait puisque le contrat en cause visait à couvrir le risque décès et perte totale d'autonomie ;

ET AUX MOTIFS NON CONTRAIRES, EVENTUELLEMENT ADOPTES, QUE l'appréciation de la réticence de l'assuré doit s'apprécier en regard des questions posées par l'assureur afin d'évaluer correctement le risque à assurer, d'une part ; que d'autre part, que le caractère intentionnel de la réticence suppose que l'assureur rapporte la preuve de la mauvaise foi de l'assuré en démontrant la connaissance qu'il avait des circonstances dont l'absence de déclaration est invoquée ; qu'en l'espèce, la compagnie d'assurance soutient que son assuré a répondu de manière mensongère à son questionnaire dans la mesure où il présentait une pathologie d'origine professionnelle nécessitant des examens et un suivi médical, pathologie qui faisait l'objet d'un traitement médical de fond et qui donnait lieu à des exacerbations aiguës épisodiques nécessitant un traitement périodique ; qu'il convient, en premier lieu, d'examiner les pièces versées aux débats afin d'apprécier la réalité de cette affirmation ; qu'en ce sens, la société QUATREM ASSURANCES COLLECTIVES produit un document intitulé « conclusions administratives » contesté par Madame Renelle X... ; que toutefois, le dit document, ce qui n'est d'ailleurs pas contesté par l'assureur en cause, émane effectivement de son propre service médical, de sorte que la teneur de cette pièce, constituée par le défendeur lui-même, ne saurait être retenue à titre de preuve ; que dans ces conditions, le tribunal se basera, pour son appréciation, sur les éléments suivants :

- compte rendu du CHR de Lille en date du 27 avril 2010

qu'il en ressort que les antécédents de Monsieur Raymond X... étaient les suivants : insuffisance respiratoire chronique sur exposition professionnelle avec emphysème ; syndrome dépressif ; hémorroïdes ; qu'en outre, l'intéressé suivait les traitements médicamenteux suivants : IMOVANE, XANAX ; que force est de constater que ce rapport médical ne vient aucunement objectiver le fait que les antécédents et traitements ainsi décrits étaient antérieurs au 17 juillet 2008, date à laquelle Monsieur Raymond X... a rempli le questionnaire médical litigieux.

- certificat médical de décès complété par le docteur Z... le 03 mai 2010.

qu'il en ressort qu'à la date d'adhésion du contrat, l'assuré n'était pas l'objet d'une surveillance clinique, biologique et/ou radiologique pour une autre affection que celle à l'origine du décès, observation faite que celle-ci est étrangère aux débats ; que de même, l'assuré, qui n'avait alors pas été hospitalisé, n'était l'objet d'aucun traitement médical depuis plus de un mois à la date d'adhésion du contrat ; qu'à l'évidence, ce certificat médical ne permet nullement d'avérer l'allégation de la société QUATREM ASSURANCES COLLECTIVES au sujet de l'état de santé de Monsieur Raymond X... le 17 juillet 2008 ;

- certificat médical du docteur Z... du 06 juillet 2010, dont la teneur est la suivante :

« 1. BPCO + emphysème depuis 3 ou 4 ans BPCO modérée traitée par corticoïdes inhalés seuls bien stabilisée (pas d'insuffisance respiratoire) Suivi ou cours des exacerbations de bronchites 2. syndrome dépressif apparu en décembre 2009 traité par alzaprolam et [illisible] Suivi mensuel pour renouvellement du traitement » ; qu'à cet égard, il sera observé, d'une part, que le syndrome dépressif évoqué est postérieur au 17 juillet 2008 et, d'autre part, qu'aucune pièce de vient éclairer, de manière objective et professionnelle, le tribunal, profane en matière médicale, sur la nature et les conséquences d'une BPCO » et d'un « emphysème » ;

- certificat du docteur Z... daté du 24 septembre 2010 aux termes duquel Monsieur X... présentait un tableau de bronchite chronique très modérée se traduisant par des épisodes de surinfection bronchique sans traitement de fond à visée respiratoire ni suivi par un spécialiste ;

- un écrit, non daté, attribué par Madame Renelle X... au docteur Z... confirmant les propos précités, tout en précisant que l'affection de Monsieur X... était due à une exposition professionnelle et se manifestait par des épisodes surinfectieux ; que selon l'auteur de cet écrit, dont l'identité n'est pas contestée par la société QUATREM ASSURANCES COLLECTIVES, Monsieur X... ne pouvait donc indiquer qu'il présentait une affection respiratoire chronique n'étant soigné que pour des épisodes de bronchite aiguë ; qu'ainsi, il résulte de ces éléments que Monsieur X... présentait, lorsqu'il remplit le questionnaire médical litigieux, une bronchite chronique très modérée avec surinfection une Ibis par an depuis 2006, un emphysème, et suivait un traitement médicamenteux par inhalation de corticoïdes ; que par ailleurs, du questionnaire médical rempli par Monsieur Raymond X..., la société QUATREM ASSURANCES COLLECTIVES conteste, notamment, la véracité

des réponses apportées aux questions suivantes :

- 2eme feuillet, question n° 7 : « Avez-vous été ou êtes vous : atteint [...] d'une affection grave ou chronique (par exemple tension artérielle élevée, diabète, maladie cardiovasculaires, respiratoires, digestives, hépatiques, urogénitales, des os, des articulations, de la colonne vertébrale, neurologiques, psychiques y compris dépression, maladie du sang, des graisses cholestérol, triglycérides, tumeurs ou autre maladie non citée ci-avant) ? » ; qu'à l'évidence, et nonobstant les affirmations du docteur Z... quant à l'absence de pathologie respiratoire chronique, il apparaît que Monsieur X..., en répondant par la négative à cette question, a opéré une fausse déclaration dans la mesure où il présentait bien, conformément aux termes usités, une affection chronique, à savoir une bronchite avec un épisode annuel de surinfection des bronches ; qu'à ce titre, il convient de dire que la question litigieuse était libellée dans des termes clairs excluant, ainsi que soutenu par Madame Renelle X..., une éventuelle distinction entre pathologie chronique grave et pathologie chronique bénigne ; que l'existence d'une fausse déclaration de la part de Monsieur X... est donc bien rapportée par la société QUATREM ASSURANCES COLLECTIVES ; que régulièrement suivi par le docteur Z..., aucun élément des débats ne vient démontrer que Monsieur X... aurait ignoré souffrir d'une bronchite chronique traitée par voie médicamenteuse ; qu'il s'en suit que le caractère intentionnel de la fausse déclaration de l'assuré est également établi ; qu'en l'espèce, Monsieur SLASK1, alors âgé de 68 ans, s'est, objectivement, présenté à la société QUATREM ASSURANCES COLLECTIVES comme un assuré exempt de la moindre pathologie et sans aucun traitement médicamenteux ; qu'en tronquant la réalité de sa situation, il convient de considérer que l'intéressé a, effectivement, modifié l'appréciation que pouvait avoir la compagnie d'assurance du risque qu'il présentait, et ce dans la mesure où le contrat en cause visait à couvrir le risque décès et perte totale d'autonomie ;

1°) ALORS QUE la fausseté de la déclaration ne peut procéder que d'une réponse inexacte à une question précisément libellée ; qu'en jugeant que la question relative à l'existence d'une « affection grave ou chronique » était libellée « dans des termes clairs, excluant ainsi que soutenu par Mme X..., une distinction entre pathologie chronique grave et pathologie chronique bénigne », de sorte que la réponse négative de M. X... devait être considérée comme une fausse déclaration, sans rechercher, comme elle y était invitée, (concl. p. 9) si la notion d'affection chronique pouvait être comprise en ce sens qu'elle induit la mise en place d'un suivi médical et d'un traitement régulier, la cour d'appel a privé sa décision de base légale au regard de l'article 1134 du code civil dans sa rédaction antérieure à l'ordonnance n°2016-131 du 10 février 2016, ensemble l'article L 113-8 du code de assurances ;

2°) ALORS, EN TOUTE HYPOTHESE, QU'en relevant « qu'il résult[ait] de ces éléments médicaux [datés des 26 avril, 6 juillet et 24 septembre 2010, nous précisons] que l'expert a pu retenir que M. X... souffrait d'une pathologie respiratoire chronique de type broncho-pneumopathie chronique obstructive avec emphysème depuis 3 ou 4 ans, soit depuis 2006 ou 2007 » pour conclure à la fausseté de la déclaration de M. X..., sans rechercher, comme il le lui était demandé (concl. p. 11), si l'absence de diagnostic médical de ladite affection à la date de souscription du contrat d'assurance ne permettait pas à M. X... de fournir une réponse négative à la question posée, la cour d'appel a privé sa décision de base légale au regard de l'article L 113-8 du code des assurances ;

3°) ALORS, SUBSIDIAIREMENT, QUE l'assureur doit sa garantie dès lors que le caractère intentionnel de la fausse déclaration du souscripteur n'est pas établi ; que le caractère intentionnel suppose que le souscripteur ait eu connaissance, au moment de la signature du contrat, de l'information qu'il dissimule par sa réponse négative à la question posée, ainsi que la volonté de tromper l'assureur sur la nature du risque assuré ; que la bonne foi du souscripteur est toujours présumée ; qu'en se bornant à juger que « le caractère intentionnel résulte de ce que les symptômes sont, selon l'expert, d'expression quotidiennes et de nature à ne pas être ignorés (toux, crachats, essoufflement) », la cour d'appel a privé sa décision de base légale au regard de l'article L 113-8 du code des assurances ;

4°) ALORS QU'il appartient à l'assureur invoquant la nullité d'un contrat d'assurance en raison d'une fausse déclaration du souscripteur de rapporter la preuve du caractère intentionnel de celle-ci ; que la bonne foi du souscripteur est toujours présumée ; qu'en jugeant, par motifs éventuellement adoptés, qu'« aucun élément des débats ne vient démontrer que Monsieur X... aurait ignoré souffrir d'une bronchite chronique traitée par voie médicamenteuse », la cour d'appel a inversé la charge de la preuve et partant violé l'article L 113-8 du code des assurances ensemble l'article 1315 du code civil ;

5°) ALORS QUE la fausse déclaration intentionnelle du souscripteur n'entraîne la nullité du contrat d'assurance que si elle change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur ; qu'en se bornant à affirmer « qu'en tronquant la réalité de sa situation médicale, il a modifié l'appréciation que pouvait avoir la compagnie d'assurance du risque qu'il présentait puisque le contrat en cause visait à couvrir le risque décès et perte totale d'autonomie », sans expliquer en quoi des épisodes de bronchites aiguës pouvaient entraîner un décès ou une perte totale d'autonomie, condition pour qu'une modification du risque aux yeux de l'assureur puisse être retenue, la cour d'appel a privé sa décision de base légale au regard des articles L 113-8 du code des assurances et 1134 du code civil dans sa rédaction antérieure à l'ordonnance n°2016-131 du 10 février 2016. **Publication :**

Décision attaquée : Cour d'appel de Douai , du 21 janvier 2016