

DOCUMENT SOUMIS AUX DROITS D'AUTEUR : SOUS LICENCE CREATIVE COMMONS
CITEZ-NOUS DE LA FAÇON SUIVANTE :

Cass. 2^e civ., 23 mai 2019, n^o 18-13493, bjda.fr 2019, n^o 64, note B. Néraudau et P. Guillot

Questionnaire de santé et nullité du contrat

Cass. 2^e civ., 23 mai 2019, n^o 18-13493

Contrat d'assurance - C. assur., art. L. 113-8 – Questionnaire médical pré-imprimé – Réponses non écrites de la main de l'assurée – mention « lu et approuvé » de la main de l'assurée – signature de l'assurée – Fausse déclaration intentionnelle.

Il est indifférent que les réponses apportées au questionnaire de santé ne soient pas de la main de l'assuré, pourvu néanmoins qu'il en garantisse la véracité ou en atteste le contenu en signant le document. Les juges du fond sont souverains pour vérifier que les conditions de la nullité du contrat sont réunies in concreto.

La bonne foi est un élément fondamental du contrat d'assurance. La loi sanctionne très sévèrement les fausses déclarations intentionnelles de risques. L'article L. 113-8 du code des assurances permet en effet à l'assureur d'annuler le contrat lorsque la fausse déclaration a eu une incidence sur son appréciation du risque. Depuis l'arrêt rendu en chambre mixte par la Cour de cassation le 7 février 2014, on sait que la mauvaise foi de l'assuré s'apprécie au regard des réponses qu'il a apportées aux questions posées par l'assureur à la souscription du contrat¹. A plusieurs reprises, la Cour de cassation a ensuite précisé les différentes applications de cette solution. L'arrêt rendu le 23 mai 2019 par la deuxième chambre civile en est une illustration.

En l'espèce, l'assurée a adhéré à un contrat d'assurance de groupe pour garantir le remboursement d'un prêt. Justifiant de plusieurs arrêts de travail, elle a bénéficié des prestations de l'assureur au titre de la garantie incapacité temporaire totale pour un montant de plus de trois mille euros. Lorsque l'assurée a été placée en invalidité de deuxième catégorie par la caisse primaire d'assurance maladie, l'assureur a refusé sa garantie au titre de l'invalidité permanente totale, s'estimant victime d'une fausse déclaration de risques.

Le formulaire déclaratif contenait plusieurs questions auxquelles n'ont été apportées que des réponses négatives. Il était notamment demandé à l'assurée si au cours des cinq années

¹ Cass. ch. mixte, 7 février 2014, n^o 12-85.107, PB.

précédant la conclusion du contrat, elle avait « *subi des opérations, hospitalisations ou séjourné dans un établissement de soins ou de repos* ». Il s'est toutefois avéré qu'elle avait effectivement été opérée dans ce délai... La déclaration de risque était donc fausse. Particularité du dossier : les réponses n'ont pas été écrites par l'assurée ! Celle-ci s'est en effet contentée de signer le document après avoir apposé de sa main les mots « lu et approuvé » sous la mention pré-imprimée affirmant d'une part qu'elle certifiait sincères les réponses apportées aux questions, et rappelant d'autre part les dispositions de l'article L. 113-8 du code des assurances. La question s'est donc posée de savoir si l'on était en présence d'une fausse déclaration intentionnelle de risques susceptible d'entraîner la nullité du contrat d'assurance.

S'agissant des réponses non écrites par l'assurée, la difficulté a été levée par les juges du fond qui ont considéré qu'il « *importait peu que les réponses aux questions n'aient pas été inscrites de la main de l'assurée, dès lors que, par sa signature, elle affirmait que celles-ci étaient exactes* »². En l'espèce, l'assurée ne pouvait oublier l'opération chirurgicale dont elle avait fait l'objet avant la conclusion du contrat. Elle ne pouvait pas non plus être de bonne foi : le cas échéant, elle aurait corrigé la mauvaise réponse – ou n'aurait tout simplement pas signé le questionnaire. En outre, les juges du fond ont estimé que la fausse déclaration intentionnelle avait nécessairement eu une incidence sur l'appréciation du risque garanti, puisqu'elle consistait « *à dissimuler l'existence d'une pathologie chronique affectant les voies respiratoires* ». La Cour d'appel de Colmar a donc confirmé le jugement du Tribunal de grande instance de Saverne qui prononçait la nullité du contrat d'assurance. Celle-ci étant par définition rétroactive, l'assurée a dû rembourser les trois mille euros qu'elle avait reçus de l'assureur au titre de la garantie incapacité temporaire totale.

Dans son arrêt du 23 mai 2019, la Deuxième chambre civile de la Cour de cassation ne remet pas en cause ce raisonnement. Le pourvoi est rejeté en ces termes : « *[Mais attendu] qu'ayant ainsi souverainement estimé que l'assurée avait répondu faussement et de manière intentionnelle à une question précise qui lui avait été posée par l'assureur dans le questionnaire de santé établi lors de son adhésion, sur les circonstances de nature à permettre d'apprécier les risques qu'il prenait en charge, la cour d'appel en a exactement déduit que le contrat d'assurance devait être annulé [...]* ».

A bon droit, les juges du fond ont attribué à l'assurée les fausses réponses du questionnaire : en signant le document et en écrivant « *lu et approuvé* » sous la mention qui précisait qu'elle reconnaissait avoir répondu en toute sincérité, elle a en quelque sorte ratifié les réponses figurant dans le formulaire.

Dans une affaire un peu différente, la Deuxième chambre civile avait retenu une solution similaire³. Le formulaire ne contenait pas à proprement parler de questions, mais des affirmations que l'assuré devait confirmer ou infirmer en cochant une des cases suivantes : « *oui, j'ai pris connaissance de la déclaration de santé et je satisfais aux déclarations ci-dessous* », « *non, je ne satisfais pas aux déclarations ci-dessous* ». La Cour de cassation a implicitement approuvé les juges du fond d'avoir jugé qu'en cochant la case « *oui* », l'assuré ratifiait le contenu de la déclaration – et ce, même si celle-ci n'était pas écrite de sa main mais pré-imprimée.

² CA Colmar, Chambre 2 a, 6 avr. 2017, n° 15/03959.

³ Cass. 2° civ., 14 juin 2018, n° 17-18.559.

Ces deux solutions, assez proches, nous semblent cohérentes. Dans un cas comme dans l'autre, l'assuré devait nécessairement prendre connaissance de ce qu'il ou elle signait, quoique les réponses fussent écrites par un autre ou les déclarations pré-rédigées : ce faisant et en signant le document, l'assurée en certifiait la véracité. Il était donc logique qu'il ou elle réponde ensuite du contenu de la déclaration. Une solution contraire aurait été intenable, car elle aurait permis à tout assuré de prétendre ne pas avoir rempli le questionnaire pour échapper à la sanction !

S'agissant de l'appréciation *in concreto* de la mauvaise foi de l'assuré et de l'incidence de la fausse déclaration sur l'appréciation du risque, l'arrêt du 23 mai 2019 rappelle classiquement que les juges du fond sont souverains⁴. La Cour de cassation se borne à vérifier que la mauvaise foi de l'assuré est bien appréciée en fonction des réponses (écrites ou ratifiées) qui figurent dans le questionnaire de déclaration de risques, mais elle ne se prononce pas sur les éléments de faits qui ont permis aux juges du fond d'établir la mauvaise foi de l'assurée ou encore l'incidence de la fausse déclaration sur l'appréciation du risque.

Bertrand Néraudau
Avocat au barreau de Paris

&

Pierre Guillot
Juriste-doctorant en droit privé

L'arrêt :

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

Sur le moyen unique :

Attendu, selon l'arrêt attaqué (Colmar, 6 avril 2017) et les productions, que pour garantir le remboursement d'un prêt immobilier consenti par la société Banque CIC Est (la banque), Mme A... a adhéré le 3 août 2004 à un contrat d'assurance de groupe souscrit par l'Union générale inter-professionnelle (l'UGIP) auprès de la société Swisslife assurance et patrimoine (l'assureur) afin de couvrir les risques d'incapacité temporaire de travail, d'invalidité permanente totale et de perte totale et irréversible d'autonomie ; qu'à la suite de problèmes de santé, Mme A... a bénéficié d'un arrêt de travail à compter du 1er décembre 2007 puis a été placée le 1er août 2008 en invalidité de deuxième catégorie ; que l'assureur a pris en charge les échéances du prêt au titre de la garantie incapacité temporaire totale pour un montant de 3 126,64 euros mais a dénié sa garantie au titre de l'invalidité permanente totale ; que Mme A... a alors assigné l'UGIP en exécution du contrat ; que l'assureur, intervenu volontairement à l'instance, a invoqué l'existence d'une fausse déclaration intentionnelle dans le questionnaire de santé établi lors de la demande d'adhésion et a réclamé reconventionnellement la restitution des indemnités indûment versées au titre de la garantie incapacité totale de travail ;

Attendu que Mme A... fait grief à l'arrêt de prononcer la nullité du contrat d'assurance, de la débouter de ses demandes dirigées contre l'assureur et de la condamner à lui payer la somme de 3 126,64 euros, alors, selon le moyen :

⁴ Cass. 2^e civ., 7 avr. 2005, n° 03-19972 ; Cass. 2^e civ., 19 nov. 2009, n° 08-17166 ; Cass. 2^e civ., 27 mars 2014, n° 13-15121.

1°/ que l'assuré est obligé de répondre exactement aux questions précises posées par l'assureur, notamment dans le formulaire de déclaration du risque par lequel celui-ci l'interroge, lors de la conclusion du contrat, sur les circonstances qui sont de nature à lui faire apprécier les risques qu'il prend en charge ; que l'assureur ne peut se prévaloir de la réticence ou de la fausse déclaration intentionnelle de l'assuré que si celles-ci procèdent des réponses qu'il a apportées auxdites questions ; qu'en jugeant, pour retenir que Mme A... aurait commis une fausse déclaration intentionnelle en répondant de façon erronée à diverses questions, « qu'il importe[rait] peu que les réponses aux questions n'aient pas été inscrites de sa main, dès lors que, par sa signature, Mme A... affirmait que celles-ci étaient exactes », quand la seule approbation, par sa signature, d'un document pré-imprimé, non rempli par ses soins, et comportant des indications erronées, n'était pas de nature à caractériser sa fausse déclaration intentionnelle, la cour d'appel a violé les articles L. 113-2 2°, L. 112-3, alinéa 4, et L. 113-8 du code des assurances ;

2°/ que l'assuré est obligé de répondre exactement aux questions précises posées par l'assureur, notamment dans le formulaire de déclaration du risque par lequel celui-ci l'interroge, lors de la conclusion du contrat, sur les circonstances qui sont de nature à lui faire apprécier les risques qu'il prend en charge ; que l'assureur ne peut se prévaloir de la réticence ou de la fausse déclaration intentionnelle de l'assuré que si celles-ci procèdent des réponses qu'il a apportées auxdites questions ; qu'en jugeant que Mme A... aurait sciemment menti sur sa taille, déclarant mesurer 1,68 m quand elle mesurait en réalité 1,55 m, sans constater qu'il s'agissait d'une réponse à une question qui lui était opposée, la cour d'appel a privé sa décision de base légale au regard des articles L. 113-2 2°, L. 112-3, alinéa 4, et L. 113-8 du code des assurances ;

3°/ que l'assuré est obligé de répondre exactement aux questions précises posées par l'assureur, notamment dans le formulaire de déclaration du risque par lequel celui-ci l'interroge, lors de la conclusion du contrat, sur les circonstances qui sont de nature à lui faire apprécier les risques qu'il prend en charge ; que l'assureur ne peut se prévaloir de la réticence ou de la fausse déclaration intentionnelle de l'assuré que si celles-ci procèdent des réponses qu'il a apportées auxdites questions ; qu'en jugeant, pour retenir que Mme A... aurait inexactly répondu à la question « présentez-vous un défaut de constitution, une malformation ou des séquelles de maladies ou accidents actuels ou passés, limitant vos capacités physiques ou mentales dans la vie courante ou dans la vie professionnelle ? », qu'elle « était affectée d'une pathologie chronique ayant justifié au moins une opération antérieure à la souscription du contrat puis deux autres quelques mois après », sans constater qu'au moment de la souscription du contrat, la pathologie dont Mme A... était affectée présentait un caractère invalidant, cette circonstance conditionnant pourtant l'obligation de la déclarer à l'assureur, la cour d'appel a privé sa décision de base légale au regard des articles 1134, devenu 1103 du code civil, L. 113-2 2°, L. 112-3, alinéa 4, et L. 113-8 du code des assurances ;

Mais attendu que l'arrêt relève par motifs propres et adoptés, que Mme A... a signé, à l'occasion de la demande d'adhésion au contrat d'assurance litigieux, un questionnaire médical après avoir apposé de sa main les mots « lu et approuvé », sous la mention pré-imprimée affirmant qu'elle certifiait sincères et véritables les réponses apportées aux questions ; qu'il importe peu que les réponses n'aient pas été inscrites de sa main, dès lors que, par sa signature, Mme A... affirmait que celles-ci étaient exactes ; que la réponse « NON » a été apportée à toutes les questions posées et notamment à la question : « Au cours des 5 dernières années, avez-vous subi des opérations, hospitalisations ou séjourné dans un établissement de soins ou de repos ? » ; qu'il résulte d'une lettre de son médecin traitant du 19 mars 2009, que Mme A... avait subi au moins une opération au cours des cinq années ayant précédé la déclaration faite à l'assureur ; que la réponse à cette question était donc fausse ; que son énoncé, de par son caractère clair et précis aurait dû conduire Mme A... à déclarer ses antécédents médicaux ; que Mme A... qui ne pouvait ignorer qu'elle avait subi une intervention chirurgicale moins de cinq ans auparavant a souscrit une fausse déclaration intentionnelle qui a manifestement diminué l'opinion du risque pour l'assureur ;

Qu'ayant ainsi souverainement estimé que l'assurée avait répondu faussement et de manière intentionnelle à une question précise qui lui avait été posée par l'assureur dans le questionnaire de santé établi lors de son adhésion, sur les circonstances de nature à permettre d'apprécier les risques qu'il prenait en charge, la cour d'appel en a exactement déduit que le contrat d'assurance devait être annulé et que l'assurée devait rembourser les sommes perçues en exécution de ce contrat ;

D'où il suit que le moyen, inopérant en ses deuxième et troisième branches, comme s'attaquant à des motifs surabondants, n'est pas fondé pour le surplus ;

PAR CES MOTIFS :

REJETTE le pourvoi ;