

DOCUMENT SOUMIS AUX DROITS D'AUTEUR : SOUS LICENCE CREATIVE COMMONS

CITEZ-NOUS DE LA FAÇON SUIVANTE :

Cass. 2^e civ., 9 déc. 2021, n° 19-22366, F-D, *bjda.fr* 2022, n° 79, note B. Néraudau

La validité du questionnaire des risques par cases signées

Cass. 2^e civ., 9 déc. 2021, n° 19-22366

Contrat d'assurance - Déclaration des risques – Cases à signer – Mention « si l'assuré ne peut pas signer les quatre cases, il doit remplir la fiche de santé suivante » - Cases signées dans le but de contourner la nécessité de répondre au questionnaire – Fausse déclaration intentionnelle (oui).

C'est par une appréciation souveraine que la cour d'appel a retenu le caractère intentionnel de la fausse déclaration sur son état de santé de l'assuré qui a renseigné un formulaire en apposant sa signature dans quatre cases de mentions pré-rédigées attestant de sa bonne santé afin d'éviter de devoir en remplir un second questionnaire comportant des questions précises et individualisées.

L'arrêt rendu le 9 décembre 2021 par la Deuxième chambre civile de la Cour de cassation est l'occasion de poursuivre la casuistique des hypothèses dans lesquelles un contrat d'assurance peut être annulé en raison d'une fausse déclaration intentionnelle lors de sa souscription.

On rappelle que l'arrêt rendu par une chambre mixte le 7 février 2014¹ a posé le principe rigoureux selon lequel l'assureur doit apporter la preuve d'une fausse déclaration intentionnelle et que la signature d'un document comportant des déclarations pré-rédigées ne suffit pas à administrer cette preuve.

¹ V. www.actuassurance.com 2014, n°35, note A. Astegiano-La Rizza, *JCP éd. G* 2014, doct. 733., *D.* 2014, jurispr. 1074, note A. Péliissier, *RGDA* 2014, n° 6, p. 327, note. J. Bigot, *Resp. civ. et assur.* 2014, n° 3, comm. n° 99, *LEDA* 2014, n°3, comm. 38.

Il convient de rappeler les termes du 2° de l'article L113-2 du code des assurances qui est à l'origine des difficultés d'interprétation que l'on connaît :

« *L'assuré est obligé :*

...

2° De répondre exactement aux questions posées par l'assureur, notamment dans le formulaire de déclaration du risque par lequel l'assureur l'interroge lors de la conclusion du contrat, sur les circonstances qui sont de nature à faire apprécier par l'assureur les risques qu'il prend en charge ».

L'apport de l'arrêt du 7 février 2014 réside dans le fait que :

- La production d'un document comportant des déclarations prérédigées ne prouve pas la mauvaise foi de celui qui l'a signé.
- Un questionnaire complété par l'assuré est une preuve recevable de la mauvaise foi de celui qui a répondu par un mensonge à une question qui y est posée.

On peut conclure que si le questionnaire est un mode de preuve de la fausse déclaration et de la mauvaise foi, ce n'est cependant pas le seul.

L'arrêt rendu par la Deuxième chambre civile de la Cour de cassation le 9 décembre 2021 a été l'occasion de mettre à l'épreuve le mode de recueil des déclarations consistant :

1 – A soumettre à l'adhérent au contrat d'assurance de groupe un formulaire « Déclaration de santé » comportant quatre questions auxquelles il peut répondre en apposant sa signature : «

- *Je déclare être en bonne santé.*
- *Je suis indemne de toute affection justifiant surveillance ou traitement, de toute séquelle d'accident ou infirmité.*
- *Je n'ai pas été hospitalisé au cours des cinq dernières années, aucune hospitalisation n'est prévue, et je n'ai aucun suivi médical ayant mis en évidence une anomalie.*
- *Je n'ai pas été en arrêt de travail supérieur à un mois au cours des cinq dernières années.*

Je déclare que les réponses ci-dessus sont exactes.

Je sais toutefois que toute fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité du contrat d'assurance conformément à l'article L. 113-8 du code des assurances (suit une case signée).

Fait à Toulouse le 31/1/2013 + signature »

2 – Et, s'il n'a pas signé les 4 cases, à lui demander de répondre aux questions stipulées dans une « fiche santé » : «

- *Avez-vous consulté un médecin ?*
- *Avez-vous un traitement médical ? Avez-vous fait des examens complémentaires ?*
- *Au cours des dix dernières années, avez-vous été atteint d'une ou de plusieurs affections suivantes, lesquelles étaient identifiées par les rubriques F à O, la H correspondant à une affection de type neurologique ou psychiatrique, telle la dépression nerveuse ou l'anxiété.*
- *... ».*

Un adhérent a signé les quatre cases de la déclaration de santé et ajouté une cinquième signature attestant qu'il a pris connaissance du fait qu'en cas de fausse déclaration le contrat sera annulé. Il n'a donc pas eu à compléter la fiche santé.

Quelques mois plus tard, l'adhérent est décédé dans un accident de la circulation et l'assureur a refusé sa garantie au motif que, lors de l'adhésion au contrat, celui-ci avait fait une fausse déclaration intentionnelle sur son état de santé.

En effet, les investigations de l'assureur lui ont permis d'apprendre que l'adhérent suivait un traitement médicamenteux au titre de troubles bipolaires, de schizophrénie ou d'épisodes dépressifs majeurs, de sorte qu'il avait effectué une fausse déclaration en affirmant être indemne de toute affection médicale justifiant surveillance ou traitement alors qu'il voyait régulièrement un psychiatre et prenait des somnifères et anxiolytiques.

Les ayants-droit de l'adhérent reprochaient à l'assureur de ne pas démontrer que la fausse déclaration relevée avait été faite de mauvaise foi soit avec l'intention de le tromper.

Pour confirmer l'arrêt infirmatif qui a débouté les ayants droit de l'adhérent défunt, la Deuxième chambre civile de la cour de cassation relève :

- que l'assuré a renseigné un formulaire intitulé « Déclaration de santé - Fiche de santé » en apposant sa signature dans quatre cases situées en regard de mentions pré-rédigées attestant de sa bonne santé,

- qu'en affirmant, en particulier, être « *indemne de toute affection médicale justifiant surveillance ou traitement* » alors, notamment, qu'il consultait régulièrement un psychiatre et prenait des somnifères et anxiolytiques, l'assuré a effectué une fausse déclaration,

- que les affirmations dépourvues d'équivoque assumées par l'intéressé en signant la case correspondante lui ont permis d'éluder la nécessité de répondre à un questionnaire faisant ressortir la précision et l'individualisation des questions consignées dans la fiche de santé demeurée vierge.

- que le formulaire comportait la mention dépourvue d'ambiguïté « *si l'assuré ne peut pas signer les quatre cases, il doit remplir la fiche de santé suivante* », l'arrêt en déduit que c'est intentionnellement que l'assuré a contourné la nécessité de répondre au questionnaire en signant les cases concernées.

La Deuxième chambre civile en conclut que c'est par une appréciation souveraine des faits et éléments de preuve débattus devant elle que la cour d'appel a ainsi retenu le caractère intentionnel de la fausse déclaration.

Cet arrêt s'insère dans la continuité de l'arrêt rendu le 23 mai 2019² par lequel la Cour de cassation qui avait jugé que « *l'assuré 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* ».

La Cour de cassation approuve la cour d'appel qui a retenu la nullité du contrat, et valide par là-même le mode de recueil des déclarations employé, lequel mode de recueil des déclarations se montrant plus royaliste que le roi dès lors que là où des croix cochées dans les cases auraient suffi à établir la mauvaise foi de l'assuré, l'assureur lui a demandé d'y apposer des signatures.

Bertrand Néraudau
Avocat à la cour

L'arrêt :

Faits et procédure

² Cass. 2^e civ., 23 mai 2019, n° 18-13493, *RGDA* 2019, n° 9, n° 116u9, p. 11, note A. Péliissier.

1. Selon l'arrêt attaqué (Toulouse, 28 mai 2019), la société FIP a adhéré, par l'intermédiaire de la société Banque populaire Occitane, au contrat d'assurance de prévoyance de groupe intitulé « Fructi Homme Clé », proposé par les sociétés ABP prévoyance et ABP vie, aux droits desquelles se trouvent les sociétés BPCE prévoyance et BPCE vie (l'assureur). Une clause du contrat prévoyait que l'adhérente percevrait un capital en cas de décès de [V] [B], son gérant.
2. Quelques mois plus tard, [V] [B] est décédé dans un accident de la circulation et l'assureur a refusé sa garantie au motif que, lors de l'adhésion au contrat, celui-ci avait fait une fausse déclaration intentionnelle sur son état de santé.
3. MM. [W] et [N] [B], ayants droit de [V] [B], (les consorts [B]) et la société FIP ont assigné l'assureur en exécution du contrat.

Examen du moyen

Sur le moyen, pris en ses quatre premières branches, ci-après annexé

4. En application de l'article 1014, alinéa 2, du code de procédure civile, il n'y a pas lieu de statuer par une décision spécialement motivée sur ces griefs qui ne sont manifestement pas de nature à entraîner la cassation.

Sur le moyen, pris en sa cinquième branche

Enoncé du moyen

5. La société FIP et les consorts [B] font grief à l'arrêt de prononcer la nullité de l'adhésion de [V] [B] au contrat d'assurance de groupe « Fructi Homme Clé » et de rejeter leurs demandes, alors « que la mauvaise foi de l'assuré, qui permet de retenir la fausse déclaration intentionnelle, ne se peut déduire de déclarations pré-rédigées signées par l'assuré à qui l'assureur n'a pas posé de véritables questions ; qu'en ayant déduit la mauvaise foi de [V] [B] des déclarations pré-rédigées qu'il avait signées, ce qui lui avait évité de remplir une fiche de santé séparée, la cour d'appel a violé les articles L. 112-3, L. 113-2 et L. 113-8 du code des assurances. »

Réponse de la Cour

6. L'arrêt relève d'abord que, lors de l'adhésion de la société FIP au contrat d'assurance de groupe, [V] [B] a renseigné un formulaire intitulé « Déclaration de santé - Fiche de santé » en apposant sa signature dans quatre cases situées en regard de mentions pré-rédigées attestant de sa bonne santé et que, dès lors, la fiche de santé n'a pas été remplie.
7. L'arrêt retient ensuite qu'en affirmant, en particulier, être « indemne de toute affection médicale justifiant surveillance ou traitement » alors, notamment, qu'il consultait régulièrement un psychiatre et prenait des somnifères et anxiolytiques, [V] [B] a effectué une fausse déclaration.
8. Pour établir, enfin, le caractère intentionnel d'une telle déclaration et prononcer en conséquence la nullité de l'adhésion au contrat d'assurance de groupe, l'arrêt énonce que les affirmations dépourvues d'équivoque assumées par l'intéressé en signant la case correspondante lui ont permis d'échapper à la nécessité de répondre à un questionnaire faisant ressortir la précision et l'individualisation des questions consignées dans la fiche de santé demeurée vierge, sur laquelle figuraient notamment les questions suivantes : Avez-vous consulté un médecin ? Avez-vous un traitement médical ? Avez-vous fait des examens complémentaires ? Au cours des dix dernières années, avez-vous été atteint d'une ou de plusieurs affections suivantes, lesquelles étaient identifiées par les rubriques F à O, la H correspondant à une affection de type neurologique ou psychiatrique, telle la dépression nerveuse ou l'anxiété.
9. Puis, après avoir rappelé que le formulaire comportait la mention dépourvue d'ambiguïté « si l'assuré ne peut pas signer les quatre cases, il doit remplir la fiche de santé suivante », l'arrêt en déduit que c'est intentionnellement que [V] [B] a contourné la nécessité de répondre au questionnaire en signant les cases concernées.
10. C'est par une appréciation souveraine des faits et éléments de preuve débattus devant elle que la cour d'appel a ainsi retenu le caractère intentionnel de la fausse déclaration faite par [V] [B] sur son état de santé.

PAR CES MOTIFS, la Cour : REJETTE le pourvoi.