

**TOULOUSE
CAPITOLE**
Publications



« Toulouse Capitole Publications » est l'archive institutionnelle de
l'Université Toulouse 1 Capitole.

*[CHRONIQUE] CHRONIQUE DE DROIT DES ASSURANCES -
SEPTEMBRE 2016*

DIDIER KRAJESKI

Référence de publication : Hebdo édition privée n°667 du 8 septembre 2016 : Assurances

Pour toute question sur Toulouse Capitole Publications,
contacter portail-publi@ut-capitole.fr

Lexbase Hebdo - édition privée vous propose de retrouver la chronique mensuelle de droit des assurances de Didier Krajewski, Professeur à l'Université de Toulouse. L'auteur revient sur trois arrêts d'importance rendus le 30 juin 2016 par la deuxième chambre civile de la Cour de cassation : les deux premiers arrêts concernent, une nouvelle fois, le contentieux de la nullité du contrat pour fausse déclaration intentionnelle, le premier apportant des éléments sur la façon dont s'exerce le contrôle de la précision des questions posées à l'assuré (Cass. civ. 2, 30 juin 2016, n° 15-22.842, F-P+B, à propos de l'absence de déclaration par l'assurée de sa pathologie asthmatique) ; le second portant sur la question des fausses déclarations spontanées à propos de l'identité du conducteur principal (Cass. civ. 2, 30 juin 2016, n° 15-18.855, F-P+B). Le troisième et dernier arrêt concerne l'étendue du droit à garantie, et porte plus particulièrement sur le droit au maintien des prestations en faveur des adhérents en cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat d'assurance collective de prévoyance (Cass. civ. 2, 30 juin 2016, n° 15- 18.639, F-P+B).

I - Déclaration des risques

•

Le moyen ne tend qu'à remettre en cause l'appréciation souveraine de la cour d'appel qui a estimé que le questionnaire était précis et que l'absence de déclaration de la pathologie asthmatique était volontaire (Cass. civ. 2, 30 juin 2016, n° 15-22.842, F-P+B N° Lexbase : A2168RW9)

"Etes-vous ou avez-vous été atteint d'une maladie ou d'un accident ayant provoqué soit des arrêts de travail, soit des traitements, soit les deux, d'une durée supérieure à 30 jours : cardio-vasculaire, (hypertension en particulier) respiratoire, rénale, digestive, nerveuse ou neuropsychiatriques (dépression), ostéoarticulaire (vertébrale,...), endocrinologue, immunitaire (sida notamment), tumorale ou autre ? Si oui lesquelles ? A quelle date ? Durée, traitements suivis, conséquences [...] ?". A l'occasion de la souscription d'une assurance servant à garantir un prêt bancaire, une assurée se trouve confrontée à cette question à l'occasion de la déclaration des risques. Elle répond qu'elle a souffert de douleurs abdominales ayant été traitées, mais elle ne mentionne pas un asthme atopique survenu à l'âge de 3 ans et pour lequel elle a été traitée 3 ans. A l'occasion d'un sinistre, elle demande la prise en charge du prêt. L'assureur refuse en considérant que le contrat est annulable pour fausse déclaration intentionnelle. Les premiers juges reconnaîtront le droit à garantie de l'assurée. La cour d'appel infirme leur décision considérant que le refus de garantie de l'assureur est fondé. Le pourvoi formé contre cette décision est rejeté (CA Bastia, 3 juin 2015, n° 14/00059 C N° Lexbase : A9235NIU).

Dans le contentieux de la nullité du contrat pour fausse déclaration intentionnelle, le présent litige n'a pas pour objet de déterminer s'il y a une question, ou si l'on peut s'en passer, puisque ce fait est indéniable. Il a pour objet de déterminer si cette question est suffisamment précise. On sait en effet que la nullité du contrat pour fausse déclaration intentionnelle suppose que cette exigence soit satisfaite en plus de la preuve d'une réponse non conforme à la réalité, d'une intention de tromper et d'une influence sur l'opinion de l'assureur sur le risque. L'article L. 112-3 du Code des assurances (N° Lexbase : L9858HET) en constitue le fondement textuel, et la jurisprudence la rappelle régulièrement (1). En l'espèce, les moyens développés dans le pourvoi interrogent sur ce qu'il faut entendre par précision. La décision apporte des éléments sur la façon dont s'exerce le contrôle de la précision des questions. En l'occurrence, ce qu'il faut en retenir est que, pour la Cour de cassation, la précision de la question et le caractère volontaire de l'omission relèvent du pouvoir souverain d'appréciation des juges du fond (2).

Sur le fond, la formulation de la question ne semble pas pouvoir faire douter de sa précision. Même si l'asthme n'est pas mentionné, la référence aux maladies ou accidents respiratoires semble suffisante. Il n'est en effet pas question de transposer en la matière les exigences de précision s'appliquant aux clauses d'exclusion de garantie ! La véritable difficulté de l'espèce est, en fait, la période de la maladie non déclarée : l'enfance de l'assurée. La question n'est pas formulée, comme elle peut l'être en matière d'assurance de responsabilité, de façon à déterminer si au cours de tant de mois ou d'années précédant la déclaration, le risque s'est déjà réalisé. Elle manifeste plus une volonté d'établir un tableau complet de l'état de santé de l'assuré à partir de ses antécédents. La solution de l'arrêt semble impliquer que les assurés doivent se considérer interrogés sur la totalité de leur existence si la question ne délimite pas de période pertinente. Cette délimitation n'est donc pas, pour les juges, un élément indispensable à la précision de la question. Pour autant, en la matière, l'assureur n'a plus toute liberté. Concernant les assurances emprunteur, justement, la délimitation du champ temporel de la recherche d'antécédents s'impose désormais concernant les risques aggravés de santé. L'article L. 1141-6 du Code de la santé publique (N° Lexbase : L9556KX9) prévoit le respect d'un droit d'oubli après un certain délai fixé par maladie concernée. Il n'est donc plus possible d'interroger sur les antécédents au-delà de ce délai pour ce type de pathologie (3). Paradoxalement, ce droit spécifique à l'oubli ne fait que conforter la présente solution en ce qu'elle autorise l'assureur à ne pas limiter dans le temps la recherche d'autres antécédents que ceux entrant dans le champ du texte.

Il convient de rappeler, par ailleurs, que la précision d'une question ne fait pas, à elle seule, la nullité pour fausse déclaration intentionnelle. Il faut encore les autres éléments cités et notamment le caractère intentionnel de l'omission. Il paraît d'autant plus difficile à établir que l'omission porte sur des faits anciens. A l'inverse, des faits récents facilitent la preuve de cette intention (4). En l'espèce, cependant, cette intention a été facile à démontrer dans la mesure où l'assurée a indiqué les antécédents litigieux lors de l'hospitalisation à l'origine de la déclaration du sinistre (mais qui sait quelle question l'a amenée à en parler ?) (5). Elle les a encore mentionnés lors d'un rendez-vous avec l'expert mandaté par l'assureur. L'omission apparaissait donc volontaire.

Concernant la précision des questionnaires de santé, la difficulté est peut être ailleurs. Les questions portent sur des données de santé et les interrogations évoquent des pathologies médicales. Si l'absence de précision de la question ne semble pas pouvoir découler du défaut de mention d'une période, elle nous semble pouvoir l'être de la technicité des formulations. La précision des questions ayant pour but de conduire à des réponses précises de l'assuré, elle est indissociable d'une exigence de clarté des questions pour l'assuré. Cela suppose l'emploi d'un vocabulaire compréhensible. En l'espèce, cette exigence de clarté était satisfaite : chaque terme médical un peu technique était complété par une illustration courante.

La fausse déclaration intentionnelle portant sur l'identité du conducteur principal, dont l'assurée reconnaît l'existence, étant intervenue en cours de contrat, la cour d'appel n'a pas à rechercher si cette déclaration spontanée procède d'une réponse à une question précise posée par l'assureur, ni si elle est précédée d'une fausse déclaration au moment de la souscription du contrat (Cass. civ. 2, 30 juin 2016, n° 15-18.855, F-P+B N° Lexbase : A2019RWP)

Un contrat d'assurance automobile est souscrit en début de mois d'août par l'assurée. A la fin du mois, elle fait ajouter, à titre de conducteur secondaire son fils, jeune conducteur. Un accident survient le 22 septembre suivant. L'assureur dénie sa garantie en invoquant une fausse déclaration intentionnelle. Les juges du fond lui donnent raison, leur décision se fonde en particulier sur le fait que l'assurée "aurait reconnu devant l'enquêteur privé s'être déclarée conductrice principale pour faire bénéficier son fils de son bonus et éviter la surprime jeune conducteur". La deuxième chambre civile rejette le pourvoi formé contre cette décision.

Malgré la rapidité du déroulement des faits, il est indéniable que le présent litige porte sur une déclaration des risques en cours de contrat. En l'occurrence, l'assureur reproche à l'assurée de ne pas lui avoir précisé un changement de conducteur habituel et il réclame pour cela les sanctions de la fausse déclaration intentionnelle. Ce changement entre naturellement dans l'obligation faite à l'assuré "de déclarer, en cours de contrat, les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux et rendent de ce fait inexacts ou caduques les réponses faites à l'assureur, notamment dans le formulaire mentionné au 2° ci-dessus" (C. assur., art. L. 113-2, 3° N° Lexbase : L0061AAI). Il est important de rappeler la lettre du texte car, comme on peut le constater, cette déclaration en cours de contrat se fonde sur les réponses faites aux questions posées par l'assureur lors de la souscription. Il en ressort donc logiquement que les exigences de la jurisprudence relatives à la preuve de questions pour la déclaration initiale des risques (6) s'applique en cas de déclaration en cours de contrat. Ceci étant posé, on peut dès lors être étonné du fait que l'arrêt de la Cour de cassation semble ne pas rendre nécessaire la recherche de questions pour prononcer la nullité. L'exigence paraît pourtant acquise (7). Elle s'impose à la lecture du Code des assurances. On ne peut donc faire ici application de la solution décidant qu'en présence d'une déclaration purement spontanée de l'assurée, il n'est évidemment pas nécessaire de produire des questions (qui n'existent pas) pour obtenir la nullité pour fausse déclaration intentionnelle (8). En matière de déclaration des risques, il y a des degrés dans la spontanéité. Il y a des cas dans lesquels l'assuré doit déclarer de sa propre initiative (et le terme est peut-être plus

évocateur que celui de "spontané") des circonstances mais la loi l'y engage, c'est le cas de la modification du risque en cours de contrat. C'était aussi le cas avant l'adoption de la déclaration provoquée en 1989. Il y a d'autres cas où, contraint à rien, il décide de porter à la connaissance de l'assureur un fait qui lui semble pertinent. Il y a là véritablement déclaration spontanée.

Un élément des faits nous semble cependant plus déterminant de la décision rendue : l'aveu de l'assurée (qu'il ne faut pas confondre non plus avec une déclaration spontanée). On sait que, pour la deuxième chambre civile de la Cour de cassation cet aveu permet d'établir la fausse déclaration intentionnelle sans avoir à exiger la preuve de tous les éléments en principe requis (9). Il ne s'agit pas seulement d'avouer le caractère erroné de la déclaration mais, comme en l'espèce, de reconnaître une volonté d'obtenir des conditions d'assurance plus favorables. C'est ce que l'assurée avait confié à un enquêteur privé mandaté par l'assureur, son fils affirmant par ailleurs qu'il utilisait régulièrement ce véhicule. On comprend, dès lors que le contrat ait été annulé.

II - Etendue du droit à garantie

•
L'accident du travail dont a été victime l'adhérent étant survenu pendant la période de suspension des garanties de l'assurance collective de prévoyance, ayant fait suite à la vaine mise en demeure adressée par l'assureur pour le règlement des cotisations impayées de l'assurance, aucune prestation n'a été acquise ou n'est juridiquement née avant la suspension ou la résiliation des garanties, de sorte que l'assuré ne pouvait se prévaloir des dispositions de l'article 7 de la loi du 31 décembre 1989 (Cass. civ. 2, 30 juin 2016, n° 15-18.639, F-P+B N° Lexbase : A1934RWK).

L'article 7 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (N° Lexbase : L5011E4D) crée un droit au maintien des prestations en faveur des adhérents en cas de résiliation ou de non-renouvellement de la convention : "Lorsque des assurés ou des adhérents sont garantis collectivement contre les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, le risque décès ou les risques d'incapacité ou d'invalidité, la résiliation ou le non-renouvellement du contrat ou de la convention est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant son exécution. Le versement des prestations de toute nature se poursuit à un niveau au moins égal à celui de la dernière prestation due ou payée avant la résiliation ou le non-renouvellement, sans préjudice des révisions prévues dans le contrat ou la convention. De telles révisions ne peuvent être prévues à raison de la seule résiliation ou du seul non-renouvellement. L'engagement doit être couvert à tout moment, pour tous les contrats ou conventions souscrits, par des provisions représentées par des actifs équivalents".

Cette disposition protectrice des adhérents fait l'objet d'une jurisprudence fournie manifestant une application favorable aux assurés (10). La jurisprudence voit dans celle-ci l'expression d'un principe ayant

vocation à s'appliquer même en dehors du domaine délimité par le texte : la résiliation du contrat ou de la convention (11). En l'espèce, on se trouve bien dans le domaine du texte mais face à une question originale : comment articuler cette disposition avec la procédure applicable en cas de résiliation du contrat pour non-paiement de la prime ?

En l'occurrence, un adhérent au contrat de prévoyance collective subit un accident sur son lieu de travail et apprend (un peu tard) que celui-ci survient entre le début de la période de suspension des garanties pour non-paiement des cotisations (la lettre de mise en demeure ayant été envoyée) et la résiliation du contrat. Il estime que l'article 7 de la loi du 31 décembre 1989 doit jouer pleinement. Les juges du fond ont un avis contraire. Ils considèrent que la suspension de garantie a empêché la naissance d'une prestation au profit de l'adhérent. La Cour de cassation admet cette lecture du texte. La lecture de l'article 7 pourrait favoriser l'une ou l'autre des opinions. Il est vrai que, la garantie étant suspendue, l'assureur ne doit pas sa garantie en cas de sinistre : aucune prestation n'est née. En revanche, on peut s'attacher à la référence du texte à l'exécution du contrat pour rappeler que la suspension de la garantie n'a pas pour effet d'empêcher l'exécution du contrat. Il se poursuit et reprend pleinement en cas de régularisation du paiement avant la résiliation.

Cette solution se démarque donc d'une tendance générale à la faveur pour l'adhérent en la matière. Ce qui n'est pas discuté dans cette affaire est l'application de l'article L. 113-3 du Code des assurances (N° Lexbase : L0444IXQ). Le texte exclut expressément son application aux assurances sur la vie, mais doit-il s'appliquer lorsqu'un souscripteur ne respecte pas son obligation de payer les cotisations ? On sait qu'un dispositif est prévu dans les assurances de groupe lorsque l'adhérent ne paie pas ses primes (12), mais ici nous sommes hors du domaine de ce texte. Le droit commun du contrat d'assurance a donc vocation à s'appliquer. Mais dans ce cas, ne peut-on appliquer l'adage "*speciala generalibus derogant*" dont on sait que la Cour de cassation a, en matière d'assurance, une conception particulière (13) ?

(1) Elle figure en particulier dans l'attendu de principe de l'arrêt des chambres mixtes du 7 février 2014 (Cass. mixte, 7 février 2014, n° 12-85.107, P+B+R+I N° Lexbase : A9169MDX).

(2) Cass. civ. 2, 27 mars 2014, n° 13-15.121, F-D (N° Lexbase : A2419MIG), et nos obs. in Chron., Lexbase, éd. priv., 2014, n° 571 (N° Lexbase : N2230BU7).

(3) Sur le dispositif, cf. nos obs. in Chron., Lexbase, éd. priv., 2016, n° 652 (N° Lexbase : N2379BWZ).

(4) Cass. civ. 2, 27 mars 2014, précité.

(5) Sur les doutes que génèrent ces éléments d'appréciation : A. Péliissier, obs. sous Cass. civ. 2, 5 mars 2015, n° 14-12.090, F-D (N° Lexbase : A9093NCR), RGDA, 2015, 191.

(6) V. l'arrêt commenté ci-dessus.

(7) Cass. civ. 2, 19 mai 2016, n° 15-16.820, F-D (N° Lexbase : A0744RQM) (recherche nécessaire) ; Cass. civ. 2, 11 juin 2015, n° 14-17.971, FS-P+B (N° Lexbase : A8911NKA), RGDA, 2015, 340, note J.

Kullmann, et nos obs. in Chron., Lexbase, éd. priv., n° 622, 2015 (N° Lexbase : N8528BUE) (question déduite) ; Cass. crim., 15 décembre 2015, n° 14-85.225, FS-D (N° Lexbase : A8761NZI), RCA, 2016, 93, obs. H. Groutel.

(8)Cass. civ. 2, 4 février 2016, n° 15-13.850, F-P+B (N° Lexbase : A3120PKR), et nos obs. in Chron., Lexbase, éd. priv., n° 648, 2016 (N° Lexbase : N1902BWD) ; Cass. civ. 3, 8 juillet 2015, n° 13-25.223, FS-D (N° Lexbase : A7483NM4), RCA, 2015, 301, et nos obs. in Chron., Lexbase, éd. priv., n° 648, préc..

(9)Cass. civ. 2, 3 mars 2016, n° 15-13.500, F-P+B (N° Lexbase : A0723QYG), et nos obs. in Chron., Lexbase, éd. priv., n° 648, préc..

(10)Sur ce point : Lamy, Assurances, 2016, n° 4564.

(11)L'appliquant par exemple à la rupture du contrat entre l'adhérent et le souscripteur : Cass. civ. 2, 16 avril 2015, n° 14- 16.743, F-D (N° Lexbase : A9237NG9), RGDA, 2015, 306, obs. L. Mayaux, et nos obs.in Chron., Lexbase, éd. priv., n° 618, 2015 (N° Lexbase : N8032BUZ).

(12)C. assur., art. L. 141-3 (N° Lexbase : L2645HWU).

(13)Cass. civ. 1, 9 mars 2016, n° 15-18.899, FS-P+B+I (N° Lexbase : A4000QYS), RGDA, 2016, 186, note L. Mayaux, et nos obs. in Chron., Lexbase, éd. priv., n° 652, 2016 (N° Lexbase : N2379BWZ).

