

20 octobre 2016
Cour de cassation
Pourvoi n° 15-25.168

Deuxième chambre civile - Formation restreinte RNSM/NA

ECLI:FR:CCASS:2016:C210606

Texte de la décision

Entête

CIV. 2

CGA

COUR DE CASSATION

Audience publique du 20 octobre 2016

Rejet non spécialement motivé

M. SAVATIER, conseiller doyen faisant fonction de président

Décision n° 10606 F

Pourvoi n° S 15-25.168

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

AU NOM DU PEUPLE FRANÇAIS

LA COUR DE CASSATION, DEUXIÈME CHAMBRE CIVILE, a rendu la décision suivante :

Vu le pourvoi formé par :

1°/ M. [K] [W],

2°/ Mme [S] [W],

tous deux domiciliés [Adresse 3],

contre l'arrêt rendu le 24 février 2015 par la cour d'appel de Paris (pôle 2, chambre 5), dans le litige les opposant :

1°/ à la société CNP assurances, société anonyme, dont le siège est [Adresse 2],

2°/ à la société Caisse d'épargne et de prévoyance d'Île-de-France, société anonyme, dont le siège est [Adresse 1],

défenderesses à la cassation ;

Vu la communication faite au procureur général ;

LA COUR, en l'audience publique du 21 septembre 2016, où étaient présents : M. Savatier, conseiller doyen faisant fonction de président, Mme Touati, conseiller référendaire rapporteur, Mme Vannier, conseiller, M. Lavigne, avocat général, Mme Molle-de Hédouville, greffier de chambre ;

Vu les observations écrites de la SCP Garreau, Bauer-Violas et Feschotte-Desbois, avocat de M. et Mme [W], de la SCP Ghestin, avocat de la société CNP assurances, de la SCP Thouin-Palat et Boucard, avocat de la société Caisse d'épargne et de prévoyance d'Île-de-France ;

Sur le rapport de Mme Touati, conseiller référendaire, et après en avoir délibéré conformément à la loi ;

Motivation

Vu l'article 1014 du code de procédure civile ;

Attendu que les moyens de cassation annexés, qui sont invoqués à l'encontre de la décision attaquée, ne sont manifestement pas de nature à entraîner la cassation ;

Qu'il n'y a donc pas lieu de statuer par une décision spécialement motivée ;

Dispositif

REJETTE le pourvoi

Condamne M. et Mme [W] aux dépens ;

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

Ainsi décidé par la Cour de cassation, deuxième chambre civile, et prononcé par le président en son audience publique du vingt octobre deux mille seize.

Moyens annexés

MOYENS ANNEXES à la présente décision

Moyens produits par la SCP Garreau, Bauer-Violas et Feschotte-Desbois, avocat aux Conseils, pour M. et Mme [W]

PREMIER MOYEN DE CASSATION

III - Le moyen reproche à l'arrêt attaqué d'avoir prononcé la nullité du contrat d'assurance souscrit auprès de la société CNP Assurances et débouté les époux [W] de leurs demandes tendant à la prise en charge des échéances du prêt qu'ils ont contracté auprès de la Caisse d'Epargne d'Ile-de-France au titre de la garantie incapacité totale de travail et à l'indemnisation du préjudice résultant du refus de l'assureur,

AUX MOTIFS PROPRES QUE « les époux [W] affirment qu'ils ne sont pas à l'origine d'une fausse déclaration, M. [W] ayant été induit en erreur par le directeur d'agence qui lui a indiqué qu'il n'était pas nécessaire de mentionner l'opération pour hernie discale dans la mesure où celle-ci était intervenue plus de cinq ans auparavant, et par la conseillère qui a renseigné les cases de sa propre main aux lieu et place du client, qu'ils ajoutent que les questions posées prêtent à confusion et que le questionnaire manque de clarté et de simplicité, qu'il n'est pas démontré que l'opinion de l'assureur aurait été modifiée si les antécédents avaient été correctement déclarés ; qu'ils précisent que l'assureur a renoncé à la nullité du contrat, puisqu'il a maintenu certaines garanties et a continué à percevoir les primes ;

Considérant que la CNP considère, pour sa part, que les trois conditions cumulatives de l'article L.113-8 du code des assurances sont réunies en l'espèce, que M. [W] a indiqué dans son questionnaire qu'il n'avait, au cours de son existence, ni été hospitalisé ni subi d'intervention chirurgicale, alors qu'il apparaît dans l'attestation médicale d'incapacité qu'il avait été opéré d'une hernie discale en 1996, ce qui constitue une fausse déclaration intentionnelle puisqu'aux termes du questionnaire, M. [W] a reconnu qu'il avait pris connaissance des conséquences et de la portée d'une fausse déclaration, que la fausse déclaration de M. [W] n'a pas permis à la CNP d'apprécier le risque qu'elle prenait en charge ;

Considérant que la Caisse d'Epargne répond qu'elle n'agit qu'en qualité d'intermédiaire, qu'il n'y a pas de conflit d'intérêt, et que la décision de prise en charge des échéances du prêt est du seul ressort de l'assureur, que M. [W] ne rapporte pas la preuve de ses affirmations qu'elle dément, ainsi que ses deux préposés interrogés sur sommation interpellative, que dans l'hypothèse où l'agent aurait bien complété le questionnaire de santé, ce serait en présence de M. [W] et sur le fondement de ses déclarations, qu'elle n'avait aucun intérêt à inventer des réponses ou à inciter à une déclaration mensongère, mais qu'il ne lui appartenait pas de mettre en garde M. [W] contre une fausse déclaration ou omission ;

Considérant qu'aux termes de l'article L.113-2-2° du code des assurances, l'assuré doit 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 ;

Considérant qu'aux termes de l'article L.113-8 du même code, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, 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 ;

Considérant qu'en l'espèce, il a été répondu par la négative, par une mention manuscrite apposée en face des trois questions suivantes :

"Avez-vous () : au cours de votre existence □ été hospitalisé ?

□ subi : - une intervention chirurgicale? - un traitement: - pour lumbago, sciatique ou maladie rhumatismale ?"

Qu'il n'est pas contesté que le questionnaire, daté du 11 décembre 2004, a été signé par M. [W], après la mention pré-imprimée en caractère gras: "Je déclare avoir répondu à toutes les questions de façon sincère et complète "

Considérant qu'il résulte de l'attestation médicale d'incapacité-invalidité remplie par l'assuré et son médecin traitant les 28 mars et 15 avril 2008 que M. [W] a été hospitalisé et opéré le 17 février 1996 pour une hernie discale provoquant une sciatique ;

Considérant qu'alors que les questions posées sont simples et dénuées d'ambiguïté et que l'expression "au cours de votre existence", soulignée dans le questionnaire, indique clairement au candidat à l'assurance que les questions suivantes portent sur les hospitalisations, interventions et traitements subis pendant sa vie, sans limitation de durée, il est établi que M. [W] a fait de fausses déclarations ;

Considérant que M. [W] ne prouve par aucune pièce qu'il aurait signalé son opération et que le directeur de la banque aurait indiqué qu'il était mutile de la mentionner puisqu'elle remontait à plus de cinq ans ; qu'en effet interrogé sur sommation interpellative le 7 mars 2012, le directeur de l'établissement ne se souvient pas que M. [W] ait indiqué avoir eu une hernie discale en 1996 et conteste avoir pu dire qu'il n'était pas utile d'en faire mention compte tenu de l'ancienneté de plus de 5ans ;

Considérant qu'alors que l'opposition d'intérêts invoquée n'est pas établie, le fait que le questionnaire de santé soit rempli devant les préposés du prêteur de deniers ne modifie en rien l'obligation du candidat à l'assurance de répondre exactement aux questions posées par l'assureur ;

Considérant que même si une salariée de la banque a pu participer matériellement au remplissage du questionnaire de santé, il n'en demeure pas moins qu'elle l'a fait en présence et sur le fondement des déclarations de M. [W] qui, en signant le questionnaire, a déclaré avoir répondu à toutes les questions de façon complète et sincère, l'intervention des préposés de la banque pour ne pas déclarer l'opération dont il leur aurait fait part n'étant pas établie ;

Considérant que le caractère intentionnel de l'omission ne fait aucun doute, compte tenu à la fois de la précision des questions posées à l'assuré, du rappel des dispositions de l'article L.113-8 du code des assurances qui figure sur le questionnaire de santé avant les questions, et de la formule ci-dessus rappelée qui figure juste avant la signature de M. [W] ;

Considérant qu'il n'est pas contestable que l'absence de déclaration par M. [W] concernant l'intervention subie a été de nature à modifier l'opinion de l'assureur sur le risque à assurer dans la mesure où elle est révélatrice d'une fragilité et en conséquence, d'un risque de récurrence de pathologies rachidiennes susceptibles de provoquer la mise en jeu des garanties ;

Que le responsable du service Evaluation des Risques de la CNP a d'ailleurs attesté, le 16 mai 2012, que, si l'assuré avait déclaré un antécédent de hernie discale opérée en 1996, la CNP lui aurait proposé une assurance au taux de base du contrat couvrant, outre le décès, la perte totale et irréversible d'autonomie, sauf si elle résulte d'affections rachidiennes et l'incapacité totale de travail, sauf si elle résulte d'affections rachidiennes ;

Considérant qu'il n'y a pas lieu d'écarter cette attestation au motif qu'elle émane de l'assureur, dans la mesure où celle-ci n'est qu'une confirmation de l'analyse faite par la cour ;

Considérant que le fait que la fausse déclaration intentionnelle ait porté sur une pathologie sans lien avec celle au titre de laquelle M. [W] a demandé la garantie de la CNP est inopérant, dès lors que l'article L. 113-8 du code des assurances prévoit que le contrat est nul alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre ;

Considérant que pas plus le fait d'avoir continué à percevoir des primes au titre de l'adhésion de M. [W], alors qu'il a continué à assurer le risque décès et qu'aucune des pièces produites ne permet de déterminer quelle fraction de la prime correspondait à la garantie ainsi maintenue, que le fait d'avoir continué à assurer, à titre commercial, le risque décès, tout en précisant clairement dans son courrier du 29 mai 2008, qu'il invoquait la nullité des deux autres garanties, ne peuvent être analysés comme constituant une renonciation non équivoque de l'assureur à se prévaloir de la nullité du contrat d'assurance ;

Considérant que le jugement doit être confirmé en ce qu'il a déclaré nul le contrat d'assurance de M. [W] et débouté celui-ci de sa demande de prise en charge des mensualités du prêt ;

Considérant que l'assureur a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts, conformément aux dispositions de l'article L 113-8, alinéa 2 du code des assurances, que ces primes cesseront d'être prélevées après la signification du présent arrêt qui consacre l'annulation du contrat d'assurance »,

ET AUX MOTIFS ADOPTES QUE « Aux termes du questionnaire pré-imprimé litigieux (versé aux débats en photocopies), il était demandé :

"6. Avez-vous :

- au cours des cinq dernières années, interrompu votre travail pour raison de santé sur une période de trente jours consécutifs ?

- au cours de votre existence :

* été hospitalisé ?

* subi - une intervention chirurgicale ?

- un traitement :

[]

- pour lumbago, sciatique ou maladie rhumatismale ?"

et "SI OUI, complétez "

Il a été écrit "NON" de manière manuscrite à toutes les questions, daté au 11 septembre 2004, et apposé deux fois une signature manuscrite en bas de la page après mention pré-imprimée : "Je déclare avoir répondu à toutes les questions de façon sincère et complète "

Le 15 avril 2008, l'assuré a rempli un imprimé d'attestation d'invalidité répondant affirmativement aux mêmes questions, en indiquant avoir été hospitalisé et opéré pour sciatique S1 droite par hernie discale le 17 février 1996 et que sa maladie actuelle a été découverte par hasard le 10 janvier 2008 suite à un scanner des lombaires ;

- Sur la responsabilité de la Caisse d'Epargne :

M. [W] indique avoir signalé son opération, que le directeur a indiqué qu'il était inutile de la mentionner, remontant à plus de cinq ans, et que l'employée a inscrit "NON" de sa propre main ;

Interrogées sur sommation interpellative le 7 mars 2012, les personnes mises en cause ne se souviennent pas que M. [W] ait indiqué avoir eu une hernie discale en 1996, le directeur contestant avoir pu dire qu'il n'était pas utile d'en faire mention compte tenu de l'ancienneté de plus de 5 ans et l'employée ne se souvenant pas avoir rempli elle-même les cases du bulletin ;

Même si le fait que l'agent bancaire ait pu matériellement participer au remplissage du questionnaire n'est pas formellement démenti, aucun élément ne permet de rapporter la preuve de la faute de la banque et que M. [W], qui a approuvé et signé le document, ait été induit en erreur par le fait de ses agents, en l'occurrence qu'il aurait fait part de son opération ancienne du rachis et qu'on lui ait indiqué, malgré les termes de l'imprimé, de n'avoir pas à la mentionner ;

- Sur la demande de garantie réclamée par M. [W] et la nullité de l'assurance souscrite sollicitée par l'assureur :

Aux termes de l'article L.113-8 du code des assurances, "le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, 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" ;

Il n'est pas contesté ni contestable que les réponses apportées au questionnaire étaient inexactes ;

Il n'est pas allégué que la formulation prêtait à confusion, en sorte que l'erreur puisse être considérée comme involontaire pour un lecteur normalement diligent ;

Il s'agit d'une assurance décès, incapacité, invalidité, perte d'autonomie ;

Il n'est donc pas totalement indifférent, pour l'appréciation du risque d'invalidité à assurer, de savoir si l'assuré a pu souffrir, par le passé, de problèmes type sciatique et tels qu'ils aient nécessité une intervention chirurgicale ; l'assuré indique lui-même avoir eu un scanner de contrôle du rachis en 2008 ; la CNP indique que, si elle avait su, elle aurait accepté d'assurer sans réserves le risque décès, mais aurait exclu la perte d'autonomie et l'incapacité de travail résultant d'affections rachidiennes ;

Il n'est ni contesté ni contestable que l'affection d'anévrisme de l'aorte abdominale dont souffre présentement M. [W] est sans rapport avec les risques omis d'ordre rachidien ;

Pour autant, en application de l'article L. 113-8 précité du code des assurances, la nullité sollicitée n'en est pas moins encourue et il ne peut être fait droit à la demande de prise en charge de la part de crédit de M. [W] au titre de l'incapacité invalidité dont il est atteint ;

Le fait de continuer à percevoir intégralement les primes, la garantie décès ayant été maintenue, ne vaut pas renonciation à invoquer la nullité, la CNP ayant fait connaître et maintenu sans équivoque sa position ; Il ne peut y avoir restitution partielle des primes versées antérieurement au jugement »,

ALORS, D'UNE PART, QUE la nullité du contrat d'assurance pour réticence ou fausse déclaration ayant changé l'objet du risque ou diminué l'opinion qu'en avait l'assureur n'est encourue qu'en cas de mauvaise foi de l'assuré, déduite du caractère intentionnel de la réticence ou de la fausse déclaration dans l'intention de tromper l'assureur ; qu'en déduisant le caractère intentionnel de l'omission déclarative de M. [W] concernant son opération intervenue en 1996 pour hernie discale de la précision des questions posées à l'assuré, du rappel des dispositions de l'article L. 113-8 du code des assurances figurant sur le questionnaire de santé ainsi que de la formule pré-imprimée d'après laquelle l'assuré déclare avoir répondu à toutes les questions de façon sincère et complète, ce qui ne suffit pas à caractériser la mauvaise foi de l'assuré en l'absence de toute circonstance révélant une intention dissimulatrice dans l'intention de tromper l'assureur, la cour d'appel a privé sa décision de base légale au regard de l'article L. 113-8 du code des assurances ;

ALORS en tout état de cause, QUE la moindre ambiguïté entourant la portée d'un document relatif aux conditions de la police d'assurance, exclut toute mauvaise foi de l'assuré quant à une omission ou une inexactitude déclarative ; qu'en jugeant que le questionnaire litigieux était rédigé avec une clarté suffisante pour en déduire que l'assuré avait intentionnellement omis de déclarer l'opération subie en 1996, sans rechercher si la référence faite dans les questions précédemment posées dans le questionnaire, à un délai de cinq ans, ainsi que la présentation d'ensemble du formulaire comportant des lignes séparatrices inadaptées n'étaient pas de nature à laisser penser à l'assuré que la question concernant un antécédent chirurgical s'entendait sous cette même période de cinq ans, ce qui excluait toute intention dissimulatrice de sa part, la cour d'appel a privé sa décision de base légale au regard des articles 1134 et 1162 du code

civil.

SECOND MOYEN DE CASSATION (SUBSIDIAIRE)

VIII – Le moyen fait grief à l'arrêt attaqué d'avoir rejeté la demande subsidiaire des époux [W] tendant à la restitution de la partie de prime afférente aux garanties incapacité totale de travail et perte totale et irréversible d'autonomie, assortie des intérêts légaux à compter de leur versement et, subsidiairement à compter du refus de prise en charge par l'assureur,

AUX MOTIFS PROPRES QUE « l'assureur a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts, conformément aux dispositions de l'article L 113-8, alinéa 2 du code des assurances, que ces primes cesseront d'être prélevées après la signification du présent arrêt qui consacre l'annulation du contrat d'assurance »,

ET AUX MOTIFS RÉPUTÉS ADOPTES QUE « il ne peut y avoir restitution partielle des primes versées antérieurement au jugement »,

ALORS QU'en cas de nullité du contrat d'assurance pour réticence ou fausse déclaration, l'assureur ne peut en tout état de cause prétendre, à titre de dommages et intérêts, qu'au paiement des primes échues jusqu'à la date où l'assureur, qui prétend invoquer la nullité du contrat, refuse sa garantie ; qu'en jugeant que les primes afférentes aux garanties annulées ne cesseraient d'être prélevées qu'à la date de l'arrêt, cependant que l'assureur ne pouvait prétendre aux primes à compter de son refus de prendre en charge le sinistre, la cour d'appel a violé l'article L. 113-8 du code des assurances, ensemble l'article 1131 du code civil.

Décision attaquée

Cour d'appel de paris c5
24 février 2015 (n°13/04945)

Textes appliqués

Article 1014 du code de procédure civile.

Les dates clés

- Cour de cassation Deuxième chambre civile 20-10-2016
- Cour d'appel de Paris C5 24-02-2015