CIV. 2

CM

COUR DE CASSATION

_____

Audience publique du 9 décembre 2021

Rejet

M. PIREYRE, président

Arrêt n° 1171 F-D

Pourvoi n° D 19-22.366

R É P U B L I Q U E F R A N Ç A I S E

_____

AU NOM DU PEUPLE FRANÇAIS

_____

ARRÊT DE LA COUR DE CASSATION, DEUXIÈME CHAMBRE CIVILE, DU 9 DÉCEMBRE 2021

1°/ la société FIP, société à responsabilité limitée, dont le siège est [Adresse 4],

2°/ M. [W] [B],

3°/ M. [N] [B],

tous deux domiciliés [Adresse 1],

ont formé le pourvoi n° D 19-22.366 contre l'arrêt rendu le 28 mai 2019 par la cour d'appel de Toulouse (3e chambre), dans le litige les opposant :

1°/ à la société BPCE Prévoyance, société anonyme,

2°/ à la société BPCE Vie, société anonyme,

ayant toutes deux leur siège [Adresse 2],

3°/ à la société Banque populaire Occitane, société anonyme, dont le siège est [Adresse 3],

défenderesses à la cassation.

Les demandeurs invoquent, à l'appui de leur pourvoi, le moyen unique de cassation annexé au présent arrêt.

Le dossier a été communiqué au procureur général.

Sur le rapport de M. Talabardon, conseiller référendaire, les observations de la SCP L. Poulet-Odent, avocat de la société FIP et de MM. [W] et [N] [B], de Me Le Prado, avocat des sociétés BPCE Prévoyance et BPCE Vie, de la SCP Thouin-Palat et Boucard, avocat de la société Banque populaire Occitane, et l'avis de M. Grignon Dumoulin, avocat général, après débats en l'audience publique du 20 octobre 2021 où étaient présents M. Pireyre, président, M. Talabardon, conseiller référendaire rapporteur, Mme Leroy-Gissinger, conseiller doyen, et M. Carrasco, greffier de chambre,

la deuxième chambre civile de la Cour de cassation, composée des président et conseillers précités, après en avoir délibéré conformément à la loi, a rendu le présent arrêt.

Faits et procédure

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 prérédigées 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 prérédigées 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'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, 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 ;

Condamne la société FIP et MM. [W] et [N] [B] aux dépens ;

En application de 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 neuf décembre deux mille vingt et un.

MOYEN ANNEXE au présent arrêt

Moyen produit par la SCP L. Poulet-Odent, avocat aux Conseils, pour la société FIP et M. [W] et [N] [B]

Il est fait grief à l'arrêt infirmatif attaqué D'AVOIR prononcé la nullité de l'adhésion de [V] [B] au contrat d'assurance de groupe n° 124029, intitulé « Fructi Homme Clé » et consécutivement rejeté les demandes des consorts [B] et de la société FIP ;

AUX MOTIFS QUE Les dispositions de l'article L. 113-2 du code des assurances imposent à l'assuré d'informer l'assureur des circonstances de nature à apprécier le risque qu'il prend en charge. Pour apprécier l'existence d'une fausse déclaration intentionnelle prévue à l'article L. 113-8 du même code, doit être prise en considération l'inexactitude de la déclaration consignée dans la proposition d'assurance qui procède d'une réponse personnellement donnée par l'assuré à une question précise posée par l'assureur fors de la conclusion du contrat. En outre, l'article L. 112-3, alinéa 4, dispose

que "lorsque, avant la conclusion du contrat, l'assureur a posé des questions par écrit à l'assuré, notamment par un formulaire de déclaration du risque ou par tout autre moyen, il ne peut se prévaloir du fait qu'une question exprimée en termes généraux n'a reçu qu'une réponse imprécise". La production par l'assureur d'un formulaire de déclaration de risque distinct du contrat d'assurance n'est rendue obligatoire par aucune disposition législative ou réglementaire. L'emploi de l'adverbe « notamment » dans l'article L. 113-2 susvisé indique bien que les questions et leurs réponses peuvent être transcrites sur le contrat lui-même, et que les mentions relatives à l'appréciation du risque peuvent y être incluses. La bonne foi du déclarant s'apprécie au jour de la ratification de la déclaration de santé. Au cas d'espèce, il a été soumis à [V] [B] un formulaire intitulé "Déclaration de santé - Fiche de santé" qu'il a rempli en apposant sa signature dans quatre cases situées en regard des affirmations suivantes :
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
(1) si l'assuré ne peut pas signer les quatre cases, il doit remplir la fiche de santé suivante". En l'état des signatures apposées, la fiche de santé n'a pas été remplie. Et l'assuré devait s'interroger sur son état de santé avant de signer les cases : ai-je été hospitalisé au cours des 5 dernières années ? Ai-je un suivi médical ayant mis en oeuvre une anomalie ? Si chacune des déclarations n'a pas fait l'objet d'une question, c'est à dire d'une phrase qui s'achève par un point d'interrogation et implique une réponse simple, l'attention de l'assuré a cependant été attirée sur la teneur de chacune des phrases. En déclarant être indemne de toute affection médicale justifiant surveillance ou traitement, et en assurant l'exactitude de ces réponses, [V] [B] a évité d'avoir à remplir la fiche de santé détaillée prévue dans le cas où il ne pourrait signer les quatre cases, le tout sous la sanction rappelée en termes clairs et explicites de la nullité du contrat d'assurance. Et il ne peut se prévaloir de l'imprécision des termes employés "affection médicale" impliquant nécessairement qu'il s'agit d'un traitement ou d'une surveillance thérapeutique, c'est à dire d'un suivi dans la durée. Or, il est établi par le courrier du 17 novembre 2015 du fils de la victime ([N]), que [V] [B], divorcé, avait été soigné pour un état dépressif lors de sa séparation avec son épouse. L'affirmation que son père avait « tourné la page » et avait des projets de voyage n'est pas de nature à établir que son état dépressif avait cessé depuis le divorce prononcé le 23 octobre 2010 selon l'information donnée par Mme [K], ex-épouse de la victime. Et l'audition d'[E] [B], frère de [V], établit que [V] [B] était suivi par un psychiatre tous les trois ou quatre mois pour des prescriptions médicamenteuses (somnifères et anxiolytiques), ce que confirme la fiche F du LIPS, faisant apparaître dans les prélèvements sanguins post-mortem des traces de Quétiapine (Xérequel R) et du Nordazépam (Nordal R, Tranxène R). Cette information doit être considérée comme fiable, les frères étant co-gérants de sociétés, se voyant quotidiennement et mangeant ensemble tous les jours, [E] [B] indiquant qu'ils étaient frères, associés et amis. Tous deux déclaraient que [V] [B] dormait avec un appareil respiratoire pour pallier des apnées du sommeil. Les appelants contestent la nature d'affection de ces apnées mais ne remettent pas expressément en cause l'antériorité de cet appareillage au 31 janvier 2013 puisqu'ils indiquent dans leurs conclusions "Il avait probablement des insomnies aggravées par la conjonction des angoisses générées par son divorce et sa solitude et par ses apnées du sommeil". Or, l'apnée du sommeil est une anomalie du cycle normal de la respiration pouvant être à l'origine de diverses pathologies comme la dépression, ou constituer un facteur aggravant de certaines maladies. Sont aussi versés aux débats des documents médicaux indiquant que le Xérequel R est un traitement des troubles bipolaires, de la schizophrénie ou d'épisodes dépressifs majeurs et que le Nordal R est prescrit pour des manifestations anxieuses sévères et/ou invalidantes. Ainsi, 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, [V] [B] a effectué une fausse déclaration. Il appartient à la SA BPCE Prévoyance de démontrer que la fausse déclaration relevée a été faite de mauvaise foi soit avec l'intention de tromper l'assureur. Les appelants ne peuvent utilement se retrancher derrière la jurisprudence condamnant la pratique des "déclarations" prérédigées que l'assuré est invité à signer au motif que celles-ci ne permettent pas d'établir que des questions précises ont été effectivement posées à l'assuré. En effet, les affirmations dépourvues d'équivoque assumées par celui-ci en signant la case 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. Or, figuraient notamment sur celle-ci 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 (identifiées de F à O, le H étant une affection de type neurologique ou psychiatrique : dépression nerveuse, anxiété etc ). Le document litigieux porte la mention dépourvue d'ambiguïté que si l'assuré ne peut pas signer les quatre cases, il doit remplir la fiche de santé suivante". C'est donc intentionnellement que l'assuré a contourné la nécessité de répondre au questionnaire en signant les cases concernées. Le jugement sera donc infirmé, en ce qu'il a retenu que le formulaire rempli n'est pas un questionnaire précis. Il sera jugé que [V] [B] a fait une fausse déclaration intentionnelle et la nullité de son adhésion au contrat d'assurance de groupe n° 124029, intitulé « Fructi Homme Clé » sera prononcée. En l'état de cette nullité, l'examen du caractère accidentel du décès devient sans objet ;

1° ALORS QUE de simples formules de déclaration figurant en annexe du bulletin d'adhésion signé par l'assuré, qui ne constituent pas des questions précises posées à celui-ci par l'assureur, préalablement à la signature du contrat, quant à son état de santé, ne peuvent susciter de fausses déclarations intentionnelles de l'assuré ; qu'en ayant jugé le contraire, la cour d'appel a violé les articles L. 112-3, L. 113-2 et L. 113-8 du code des assurances ;

2° ALORS QUE seule l'inexactitude intentionnelle des réponses à des questions précises posées par l'assureur est susceptible de caractériser une fausse déclaration intentionnelle de l'assuré ; qu'en ayant jugé que les déclarations prérédigées signées par [V] [B] sur le formulaire annexé à son adhésion à l'assurance de groupe pouvaient établir de fausses déclarations intentionnelles de l'assuré sur son état de santé, au motif que si de véritables questions n'avaient pas été posées à l'assuré, son attention avait été attirée sur la teneur de chacune des phrases qu'il souscrivait, la cour d'appel a privé son arrêt de base légale au regard des articles L. 112-3, L. 113-2 et L. 113-8 du code des assurances ;

3° ALORS QUE seule l'inexactitude intentionnelle des réponses à des questions précises posées par l'assureur est susceptible de caractériser une fausse déclaration intentionnelle de l'assuré ; qu'en ayant jugé que les déclarations prérédigées signées par [V] [B] sur le formulaire annexé à son adhésion à l'assurance de groupe pouvaient établir de fausses déclarations intentionnelles de l'assuré sur son état de santé, aux motifs inopérants qu'en déclarant être indemne de toute affection médicale justifiant surveillance ou traitement, et en assurant l'exactitude de ces réponses, [V] [B] avait évité d'avoir à remplir la fiche de santé détaillée prévue dans le cas où il ne pourrait signer les quatre cases, le tout sous la sanction rappelée en termes clairs et explicites de la nullité du contrat d'assurance, la cour d'appel a privé son arrêt de base légale au regard des articles L. 112-3, L. 113-2 et L. 113-8 du code des assurances ;

4° ALORS QUE (subsidiairement) l'imprécision d'une question posée par l'assureur exclut par-là même toute fausse déclaration intentionnelle ; qu'en ayant jugé suffisamment précis les termes « indemne » de toute « affection » employés par l'assureur dans la déclaration prérédigée qu'il avait fait signer à l'assuré, pour en déduire que [V] [B] s'était rendu coupable de fausse déclaration intentionnelle à l'assureur, la cour d'appel a violé les articles L. 112-3, L. 113-2 et L. 113-8 du code des assurances ;

5° ALORS QUE la mauvaise foi de l'assuré, qui permet de retenir la fausse déclaration intentionnelle de l'assuré, ne se peut déduire de déclarations prérédigées 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 prérédigées qu'il avait signées, ce qui lui avait évité de remplir une fiche de santé séparée, la cour d'appel a violé les textes susvisés.