De la juste application de l'article L. 113-9 du Code des assurances

Axelle Astegiano-La Rizza

MCF HDR à l'Université Jean Moulin Lyon 3, directrice adjointe de l'Institut des Assurances de Lyon.

18-07-2014

Le contentieux des fausses déclarations couvrant le risque invalidité, incapacité de travail ou décès, pour des informations sur l'état de santé de l'assuré, est très fourni concernant les fausses déclarations intentionnelles, moins concernant les fausses déclarations non intentionnelles.

Le présent arrêt est l'occasion de revenir tant sur la juste appréciation de celle-ci que sur le calcul de la réduction proportionnelle de l'indemnité d'assurance.

En l'espèce, lors de la conclusion d'un contrat de prêt immobilier, l'emprunteuse adhère à une assurance de groupe couvrant partiellement le capital restant dû en cas de décès ou de perte totale d'autonomie. Lors de la déclaration de son état de santé, elle avait répondu par la négative à la question « êtes-vous atteinte d'une maladie cardiaque et/ou vasculaire, d'une maladie respiratoire ? ». Décédée, ses héritiers demandent à l'assureur la prise en charge des loyers. Celui-ci refuse en invoquant une fausse déclaration non intentionnelle, l'assurée étant atteinte d'une valvulopathie mitrale et aortique et estime devoir appliquer un taux de réduction de l'indemnité de 50 %.

Aux termes des articles L. 113-2-2° et L. 112-3, alinéa 4, du Code des assurances, pour qu'il y ait sanction d'une fausse déclaration de risques, il faut, en principe, une réponse fautive à une question claire et précise.

Il incombe ensuite à l'assureur de prouver que la circonstance non déclarée, ou inexactement déclarée, était de nature à lui permettre d'apprécier le risque. En d'autres termes, s'il avait eu connaissance de la circonstance en cause, il n'aurait pas accordé sa garantie ou il lui aurait appliqué un taux de prime supérieur.

Ces deux conditions d'appréciation d'une fausse déclaration sont indispensables que la demande de l'assureur soit fondée sur l'article L. 113-8 ou L. 113-9 du Code des assurances, même si ce dernier, formellement ne les reprend pas. En effet, celui-ci pose directement le principe d'une sanction différente lorsque la mauvaise foi de l'assuré « n'est pas établie » et doit se lire comme la continuité de l'article le précédant.

Concernant la reconnaissance d'une fausse déclaration non intentionnelle, la présente décision est particulièrement bien motivée. Ainsi, les juges ont tout d'abord relevé que cette maladie, connue de

l'assurée avant son adhésion, était bien une maladie, même si elle ne produit pas de symptôme, ce qui établissait une réponse erronée de sa part à la question visée, sans qu'une mauvaise foi ne puisse être retenue. Ensuite et surtout, les juges s'attachent ici à vérifier l'incidence de cette fausse déclaration sur l'opinion du risque pour l'assureur (ce qui n'est pas toujours forcément bien fait). À ce titre, ils relèvent que la maladie « est de nature à abrégé la vie ou à supprimer l'autonomie du patient » et « elle constitue en conséquence un facteur influant nettement sur l'opinion des risques décès ».

Mais l'intérêt de la présente décision s'apprécie également quant à l'appréciation de la mise en œuvre la sanction. Pour mémoire, selon l'article L. 113-9 du Code des assurances, après sinistre, « l'indemnité est réduite en proportion du taux de primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés ». Or, ce calcul peut poser difficulté, l'assureur ayant tendance à choisir arbitrairement et sans justification un taux de réduction. C'était précisément ce qui s'était passé en l'espèce, l'assureur ayant retenu sur la base d'un barème confidentiel non produit, le taux de 50 %. Or, à défaut d'accord entre les parties, le juge doit procéder à la réduction proportionnelle (Cass. civ. 3^e, 17 avr. 2013, n° 12-14409, PB, Cass. civ. 2^e, 12 sept. 2013, n° 12-26245).

Pour autant, la réduction choisie ne peut être forfaitaire et donc arbitraire. Ici, la décision est encore une fois très bien motivée, le juge prenant le soin de relever que le taux de l'assureur était « indicatif » et « excessif » prenant finalement plus en considération la situation résultant du décès de l'assuré plutôt que « l'opinion du risque qui aurait prévalu lors de la souscription du contrat, au besoin après un examen médical ». Il justifie ainsi totalement la réduction opérée du taux à 30 % (Cass. civ. 1^{re}, 1^{er} déc. 1998, n° 96-21.052, *Resp. civ. et assur.*, 1999, comm. n° 56, *RGDA*, 1999. 299, note J. Kullmann ; Req., 28 mai 1937, *RGAT* 1937.940, note M. Picard).

Arrêt commenté :

CA Lyon, chambre civile 1 A, 6 mars 2014, n° 12/05982