

# BREVET DE TECHNICIEN SUPÉRIEUR

## Assurance

### Droit général et droit des assurances

Durée : 4 heures

Coefficient : 3

*Documents autorisés : Code Civil et Code des Assurances.*

*L'usage d'une calculatrice est interdit.*

#### ***LISTE DES ANNEXES***

- Annexe 1** : Arrêt de la Cour de cassation, 1<sup>ère</sup> chambre civile, du 7 octobre 1998
- Annexe 2** : Dossier juridique et technique de *l'Argus* du 26 mai 2000 (extraits)
- Annexe 3** : Revue *Risques* Juillet-septembre 1999

**PREMIÈRE PARTIE : Analyse d'une situation juridique - (barème : 30 points)**

☞ **TRAVAIL À FAIRE :**

- 1.1 Analysez l'arrêt de la cour de cassation du 7 octobre 1998 (*annexe 1*).
- 1.2 Après avoir rappelé les sanctions prévues en matière d'inexactitude dans la déclaration initiale du risque, vous montrerez les difficultés spécifiques à l'assurance de personne quant à la preuve d'une fausse déclaration (*annexes 2 et 3*).

**DEUXIÈME PARTIE : Cas pratique - (barème : 30 points)**

Monsieur et madame LEROY offrent à leur fils Nicolas une bicyclette pour ses 11 ans. Ce dernier souhaite l'utiliser immédiatement pour aller faire un tour avec ses amis. Dans une grande descente, Nicolas ne parvient pas à freiner et heurte violemment un piéton, Monsieur LACO, qui marchait sur le trottoir.

Monsieur LACO est sérieusement blessé. Il ressort des témoignages que Nicolas n'a commis aucune faute. L'expertise de la bicyclette mentionne une défaillance dans le système de freinage.

La bicyclette avait été achetée la veille de l'accident chez « LO SPORT » et était de marque « YAMA » fabriquée par la société « YAMA-France ».

☞ **TRAVAIL À FAIRE :**

- 2.1 Analysez les responsabilités des différents acteurs.

## Cour de cassation (1<sup>ère</sup> chambre civile)

7 octobre 1998

Époux Postec contre Generali

### La Cour. – Sur le moyen unique.

- ♦ Vu l'article 1384, alinéa 1<sup>er</sup>, du Code civil ;
- ♦ Attendu que, pour garantir le remboursement d'un prêt qui lui avait été consenti par une banque, Gaétan Postec a adhéré en 1990 à l'assurance de groupe souscrite par celle-ci auprès de la compagnie Generali et destinée à couvrir les risques décès et invalidité ; que, dans le formulaire d'adhésion, il a répondu par la négative aux questions « êtes-vous atteint d'une maladie ? », « avez-vous suivi ou devez-vous suivre un traitement régulier quel qu'il soit ? » et « avez-vous autre chose à ajouter concernant votre état de santé actuel ou antérieur ? » ; que pour justifier d'un arrêt de travail à compter du 1<sup>er</sup> Mars 1991 et d'un état d'invalidité, il a remis à l'assureur, dont il sollicitait la garantie, un certificat médical comportant la mention « séropositif HIV depuis été 1989 » ; qu'il a, par la suite, assigné la compagnie Generali pour obtenir sa condamnation à prendre en charge le remboursement du prêt ; que cette compagnie, faisant valoir que l'arrêt de travail était consécutif à la séropositivité de Gaétan Postec, révélée à ce dernier lors d'un examen prénuptial en août 1989, a sollicité reconventionnellement l'annulation de l'adhésion pour réticence ou fausse déclaration intentionnelle en application de l'article L 113-8 du Code des assurances ; qu'après le décès de Gaétan Postec en 1993 l'instance a été reprise par son épouse ;
- ♦ Attendu que, Mme Postec fait grief à l'arrêt attaqué (Rennes, 9 novembre 1995), d'avoir accueilli la demande reconventionnelle, alors selon le moyen, que la séropositivité n'est pas une maladie ; que dès lors, en retenant que son époux, qui ne suivait aucun traitement, s'était rendu coupable de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle pour avoir omis, lors de sa demande d'adhésion, de signaler spontanément sa séropositivité à la compagnie Generali, alors que dans le questionnaire de santé, il lui était seulement demandé s'il se savait atteint d'une maladie ou s'il suivait un traitement particulier, la cour d'appel a violé les articles L 113-2 et L 113-8 du Code des assurances;
- ♦ Mais attendu que la cour d'appel qui a relevé que la séropositivité est une affection de nature à entraîner pour celui qui en est atteint des conséquences graves pour sa santé voire mortelles, a constaté que, lors de sa demande d'adhésion Gaétan Postec avait connaissance de sa séropositivité, celle-ci lui ayant été révélée antérieurement, qu'en l'état de ces énonciations et constatations, elle a retenu dans l'exercice de son pouvoir souverain d'appréciation, qu'en répondant par la négative à l'ensemble des questions posées et en laissant croire à l'assureur qu'il était en bonne santé, Gaétan Postec avait, par réticence ou fausse déclaration intentionnelle, modifié l'opinion pour l'assureur, du risque qu'il avait à garantir ; qu'elle a ainsi légalement justifié sa décision ;

D'où il suit que le moyen ne peut être accueilli ;

### Par ces motifs :

- ♦ Rejette le pourvoi.

## **Dossier juridique et technique de l'Argus 26 mai 2000 (extraits)**

*Chronique de Gérard Defrance*

### **Assurances de personnes**

#### **La déclaration loyale de l'assuré**

Les fausses déclarations sont fréquemment soulevées lors de la souscription d'assurances de personnes, notamment lorsqu'il s'agit d'adhésion à des contrats de groupe destinés aux emprunteurs. Les règles générales de la déclaration initiale du risque sont applicables à l'ensemble des assurances de personnes. L'article L 113-2 du Code des assurances impose à l'assuré de répondre exactement aux questions posées par l'assureur, notamment dans le formulaire de déclaration du risque, par lequel ce dernier 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. En assurances de personnes se développe un contentieux abondant en matière de déclaration du risque. L'assureur est libre de poser les questions qu'il veut. Encore faut-il qu'elles soient précises et compréhensibles par le commun des mortels. Les notions de traitement médical régulier, d'intervention chirurgicale, de bonne santé sont interprétées différemment selon le niveau de connaissance des assurés dans le domaine médical et de leur expérience dans la souscription des contrats d'assurance de personnes.

Par ailleurs, la Cour de cassation n'hésite pas à déclarer que la sincérité des réponses de l'assuré doit s'apprécier en fonction de la nature des questions posées par la compagnie d'assurances. Il ne peut être fait grief à un assuré de n'avoir pas fait une déclaration allant au-delà de la seule question posée au jour de la souscription. On ne peut lui reprocher de n'avoir pas déclaré son état de santé antérieur à la souscription, lorsqu'il a déclaré conformément à la proposition présentée par l'assureur qu'au jour de l'adhésion: « être âgé de moins de soixante-cinq ans, être en bonne santé et exercer son activité professionnelle sauf à être en retraite ».

Chacun a en outre toujours une appréhension de déclarer être malade ou en mauvaise santé. Il peut ne pas avoir connaissance des maladies ou affections dont il est atteint ou ne pas percevoir l'importance que peut avoir cette information sur l'appréciation du risque par l'assureur. Mais un assuré qui déclare n'être atteint d'aucune maladie cardio-vasculaire, en réponse à une question précise, au moment de la souscription d'un contrat d'assurance santé, commet une fausse déclaration, s'il a subi quelques mois auparavant une grave opération cardiaque (Cass. 1<sup>ère</sup> Chambre Civile, 17 juillet 1990).

Dans une espèce très récente, un emprunteur omet de déclarer qu'il suivait un traitement depuis dix ans contre l'hypertension artérielle et affirme que son état de santé lui permet d'exercer son activité professionnelle, alors qu'il se trouve en arrêt de travail, après avoir fait l'objet de sept arrêts maladie dans l'année en cours. La fausse déclaration intentionnelle est retenue à son encontre, peu importe que la circonstance omise soit sans incidence sur la survenance de la cause d'invalidité permanente dont il demande la prise en charge par l'assureur. L'arrêt ajoute qu'il ne peut reprocher à l'établissement bancaire d'avoir manqué à son devoir de conseil pour n'avoir pas attiré son attention sur les conséquences d'une fausse déclaration (Cass, 1<sup>ère</sup> ch. Civile, 28 mars 2000). L'assuré doit déclarer de bonne foi les maladies et affections dont l'assureur souhaite avoir connaissance pour l'appréciation du risque.

**Revue Risques juillet-septembre 1999**

*Georges Durry, Professeur honoraire de l'université Panthéon-Assas (Paris II)*

**Secret médical et preuve d'une fausse déclaration du risque**

Éternelle question et qui préoccupe à juste titre les assureurs de personnes : comment prouver que le souscripteur d'un contrat a fait de fausses déclarations concernant son état de santé ? Naturellement, pour que le problème existe, il faut supposer que des questions aient été posées lors de la souscription, car depuis 1989 on ne saurait plus reprocher à un souscripteur une quelconque réticence, dès lors qu'une question ne lui a pas été posée (art. L 113-2 du Code des assurances), avec cette précision supplémentaire qu'une question posée en termes trop généraux équivaut à une absence de question. Cela rappelé, l'expérience montre que pour obtenir l'assurance souhaitée, on n'hésite pas, bien souvent, à répondre inexactement aux questions posées : ainsi on cache sa séropositivité, on dissimule des crises de dépression antérieures, on tait des anomalies cardiaques.

Le décès ou la maladie étant survenu, qui devrait donner lieu à paiement par l'assureur, ce dernier, qui lors de la souscription, ne s'était pas plus préoccupé de vérifier l'exactitude des réponses à son questionnaire que l'assureur automobile de rechercher si le souscripteur n'avait rien caché de son passé de conducteur, se réveille. Le plus petit indice d'insincérité aiguise sa curiosité et il voudrait en savoir plus. Alors se dresse devant lui le redoutable obstacle dressé par le secret médical.

Car celui qui sait est le médecin traitant, qu'il exerce à titre libéral ou dans le cadre d'un hôpital, et il lui est interdit de révéler à des tiers ce qu'il a pu apprendre sur l'état de santé d'un malade qui s'est confié à lui. Et il doit opposer ce secret aussi bien à l'assureur qui aurait la folle idée de s'adresser directement à lui qu'au médecin-conseil, que ce même assureur croirait plus habile de charger de s'informer auprès de son confrère. Le barrage du secret est en principe infranchissable et, d'aventure, s'il avait cédé, aucune preuve valable ne pourrait être tirée par l'assureur de ce qui ne serait qu'indiscrétion illégale.

Mais le secret médical n'est pas opposable au malade lui-même, ni, sous réserve de discussions, à ses héritiers après son décès. Le médecin traitant (pour ne pas compliquer on laissera désormais de côté les difficultés particulières à la médecine d'hôpital) doit donc leur délivrer à leur demande un certificat médical, qui pourra contenir des précisions sur l'état de santé du patient. Il peut également être autorisé à faire des révélations au médecin-conseil de l'assureur. Dans le premier cas, les intéressés feront du certificat l'usage qui leur semblera bon, S'ils le versent aux débats judiciaires qui les opposent à un assureur, il s'agit d'un moyen de preuve qui sera contradictoirement discuté. C'est la seconde hypothèse qui pose problème : quel usage le médecin-conseil peut-il faire des indications recueillies grâce à l'assentiment de l'assuré ou des héritiers ?

Longtemps la réponse ne fut pas douteuse : astreint au secret médical comme tout autre médecin, le médecin-conseil ne pouvait informer l'assureur de ce qu'il n'avait appris que sous le sceau du secret. Cependant un arrêt de la première chambre civile du 9 juin 1993 éveilla de grands espoirs parmi les assureurs. Cette décision avait en effet admis la production en justice d'un certificat demandé directement par l'assureur au médecin traitant, au motif assez obscur qu'une veuve ne pouvait s'opposer à la production d'un certificat dès lors qu'il ne s'agissait pas pour elle de faire respecter un intérêt légitime, mais de faire écarter un élément de preuve contraire à ses prétentions Et le rapport annuel de la Cour de cassation de 1993 avait à propos de cet arrêt, insisté sur le fait que le secret médical était détourné de sa finalité lorsqu'on s'en servait à des fins illégitimes.

De cet arrêt, on pouvait en tout cas déduire, par un argument a fortiori, que le médecin-conseil pouvait faire état d'un tel certificat. Mais cet arrêt, au demeurant fort critiqué, au nom du respect du secret médical, par une fraction importante de la doctrine doit certainement être aujourd'hui considéré comme un accident.

En effet, le 6 janvier 1998, la même formation de Cour de Cassation approuvait une cour d'appel d'avoir écarté des débats une lettre adressée, sans autorisation, par le médecin traitant au médecin-conseil, et d'où résultait que l'assuré était alcoolique. Pour être précis, on indiquera qu'il s'agissait en l'espèce du jeu d'une exclusion invoquée par l'assureur et non pas d'une nullité pour fausse déclaration. Mais techniquement le problème est exactement le même. Directement contraire à l'arrêt de 1993, cette décision de 1998 rétablissait la rectitude juridique, en tirant d'une évidente violation du secret médical l'exacte conséquence. On pouvait encore toutefois se demander si la même solution serait également retenue, au cas où le médecin traitant aurait été autorisé à communiquer avec le médecin-conseil par l'assuré ou ses héritiers.

La réponse ne devait pas tarder. Elle résulte d'un arrêt du 12 janvier 1999, et est catégorique : la remise par le médecin-conseil à l'assureur de la lettre du médecin traitant d'un suicidé, dont la veuve, à la demande de l'assureur, avait autorisé le second à fournir au premier des renseignements d'ordre médical, procédait d'une violation du secret médical commise par le médecin conseil.

La solution nous semble peu contestable: si le secret médical a un sens, il s'oppose à ce qu'un médecin qui n'y a pas été autorisé, ici le médecin-conseil, donne des informations médicales à un tiers.

Cependant, il faut bien en apprécier la conséquence, à savoir que, contrairement au point de vue qui avait prévalu en 1993, la loyauté des débats judiciaires est très largement faussée. Car l'assureur est, en fait, privé du droit de disposer des moyens de preuve indispensables pour faire valoir son droit ; Il faut en effet affirmer que c'est un droit pour l'assureur, consacré et sanctionné par de nombreux textes du Code des assurances que d'être informé sans réserve sur les points qu'il désire élucider afin de décider en toute connaissance de cause s'il accepte d'assurer, et dans l'affirmative à quel tarif.

S'il a le sentiment, après sinistre, d'avoir été victime d'une fausse déclaration, il lui suffira, a-t-on parfois écrit, de refuser de payer. L'assuré ou ses héritiers l'assigneront alors, un expert judiciaire sera nommé presque à coup sûr, et celui-là sera armé pour recueillir les éléments, y compris médicaux, de nature à éclairer la religion du juge. Est-ce si certain ? Car s'il n'est pas douteux que le médecin expert judiciaire ne peut opposer à la juridiction qui l'a investi le secret médical, il l'est beaucoup plus qu'il puisse exiger du médecin traitant que celui-ci viole le secret médical à son profit. Après tout, même le juge d'instruction peut se voir opposer le secret professionnel. Pourquoi en irait-il différemment du juge civil ou de son délégué ?

En réalité pour l'heure, la seule vraie parade des assureurs contre les fausses déclarations est préventive : elle consiste dans la pratique de la visite médicale avant contrat. Si le médecin-conseil constate que l'état de santé de l'impétrant laisse à désirer, il déconseillera à l'assureur la souscription du contrat ou préconisera l'imposition d'une surcotisation. C'est l'usage pour les contrats d'assurance décès de quelque importance, le seuil variant selon les assureurs. Mais cela n'a rien de systématique et c'est au contraire, pour certains, un argument de vente que d'écarter toute visite médicale préalable. Mais les assureurs qui ont ces pratiques doivent savoir, que dans l'état actuel du droit positif, ils courent des grands risques de ne pouvoir, plus tard, démontrer la fraude dont ils ont été victimes !

Restant attaché à la lutte contre les fraudeurs et à la loyauté du débat judiciaire, nous déplorons d'avoir à faire cette constatation. Et nous plaiderions volontiers pour la réunion d'une commission sous l'égide de la chancellerie, où seraient représentés tous les intéressés : assurés, assureurs, médecins et magistrats, notamment. Cette commission serait chargée de préparer un texte, qui tout en prenant en compte le droit fondamental au respect du secret médical chaque fois qu'est en question le respect de l'individu, saurait faire la part d'autres intérêts également légitimes. Car, en ce domaine, la jurisprudence a, nous semble-t-il, montré ses limites.