Texte pseudonymisé

Avertissement: Ce document pseudonymisé a une valeur purement informative. Le document original seul fait foi.

A r r ê t c i v i l

Audience publique du vendredi, quatre avril deux mille trois.

Numéro 26786 du rôle.

Composition :

Marie-Paule ENGEL, présidente de chambre ;
Edmée CONZEMIUS, premier conseiller ;
Camille HOFFMANN, conseiller ;
Jeanne GUILLAUME, avocat général ;
Patrick KELLER, greffier.

E N T R E :

PERSONNE1.), sans état particulier, demeurant à L-ADRESSE1.),

appelante aux termes d'un exploit de l'huissier de justice Pierre BIEL de Luxembourg en date du 21 mai 2002,

comparant par Maître Roland ASSA, avocat à la Cour, demeurant à Luxembourg,

e t :

la société anonyme d'assurances SOCIETE1.) S.A., établie et ayant son siége social à L-ADRESSE2.), représentée par son conseil d'administration actuellement en fonctions, immatriculée au registre de commerce et des sociétés de Luxembourg sous le numéro NUMERO1.),

intimée aux fins du prédit exploit BIEL,

comparant par Maître Romain ADAM, avocat à la Cour, demeurant à Luxembourg.

L A C O U R D ' A P P E L :

Les époux PERSONNE2.) et PERSONNE1.) avaient, le 29 novembre 1996, conclu un contrat d'assurance temporaire en cas de décès, à capital décroissant, auprès de la compagnie d'assurances SOCIETE1.) S.A. avec effet au 16 décembre 1996 jusqu'au 16 décembre 2006 afin de couvrir un emprunt d'un montant de 4.050.000.- francs contracté auprès de la SOCIETE2.).

PERSONNE2.) est décédé le DATE1.). La SOCIETE1.) ayant refusé d'effectuer les prestations prévues dans le contrat d'assurances, PERSONNE1.), déclarant être subrogée dans les droits de la SOCIETE2.), a assigné la compagnie d'assurances pour la faire condamner à lui payer la somme de 3.852.128.- francs en exécution du contrat d'assurance du 29 novembre 1996.

Par jugement contradictoire du 15 février 2002, le tribunal d'arrondissement a déclaré la demande de PERSONNE1.) irrecevable. Il a, de même, dit irrecevable la demande reconventionnelle en annulation du contrat formée par SOCIETE1.) S.A.

Pour statuer ainsi le tribunal a retenu que la demanderesse n'avait pas qualité pour demander le versement entre ses mains de la somme en question vu que, suivant les stipulations du contrat, la SOCIETE2.) était la bénéficiaire de l'assurance et que PERSONNE1.) n'avait pas établi qu'elle avait remboursé l'emprunt et que les conditions de la subrogation légale ne se trouvaient dès lors pas remplies. Constatant que la demande reconventionnelle de la compagnie d'assurances ne constituait qu'une simple défense offensive à la demande de PERSONNE1.), le tribunal a dit que la demande reconventionnelle devait suivre le sort de la demande principale.

Le jugement du 15 février 2002 a été régulièrement entrepris par PERSONNE1.) par acte de l'huissier de justice Pierre Biel du 21 mai 2002.

L'appelante soutient qu'elle est régulièrement subrogée, conformément à l'article 1251, 3° du Code civil dans les droits et actions de la SOCIETE2.), bénéficiaire du contrat d'assurance conclu par les époux PERSONNE2.)-PERSONNE1.) avec la compagnie d'assurances SOCIETE1.) S.A. et elle demande la condamnation de cette dernière à lui payer la somme de 95.491,76 € avec les intérêts légaux à compter du décès de PERSONNE2.), subsidiairement, à partir de la première mise en demeure, le taux d'intérêt légal étant à augmenter de trois points à partir du troisième mois à compter de la signification de l'arrêt à intervenir, ainsi que la condamnation de l'intimée à lui payer une indemnité de procédure de 1.300 €.

L'intimée conclut à l'irrecevabilité de la demande de l'appelante pour défaut de qualité dans son chef et demande la confirmation du jugement entrepris.

Si la Cour devait admettre que les conditions de la subrogation sont remplies, il y aurait lieu de renvoyer l'affaire devant le tribunal d'arrondissement.

Pour le cas où la Cour évoquerait l'affaire elle conclut à l'annulation du contrat d'assurance sur base des fausses déclarations concernant son état de santé faites par PERSONNE2.) lors de la conclusion du contrat. Ces fausses déclarations qui n'auraient pas permis au Service médical de la compagnie d'assurances d'apprécier réellement les risques qu'elle a pris à sa charge, seraient établies par l'avis médical du docteur PERSONNE3.). En ordre subsidiaire, SOCIETE1.) offre d'établir par enquête sinon par expertise :

«1. qu'au moment de la conclusion du contrat d'assurance, le sieur PERSONNE2.) était déjà atteint de diverses affections graves dont il n'a aucunement fait mention dans le questionnaire médical signé en date du 21 novembre 1996.
2. qu'à défaut de disposer de réels éléments médicaux antérieurs à la prise du contrat, le service médical de la compagnie d'assurance n'a pas pu faire une réelle appréciation des risques,
3. que si le sieur PERSONNE2.) avait déclaré à son assureur les affections graves dont il était atteint, la compagnie d'assurance SOCIETE1.) n'aurait pas accepté de conclure le contrat d'assurance »

L'intimée expose que PERSONNE2.) a déclaré sur le formulaire médical qu'il a répondu sincèrement aux questions posées dans le questionnaire médical et qu'il a autorisé ses médecins traitants à fournir au médecin-conseil de la compagnie d'assurances tous les renseignements demandés. Elle fait état de l'article 4 du contrat d'assurance suivant lequel, toute réticence, toute fausse déclaration de la part du preneur d'assurance, même sans mauvaise foi, rendent l'assurance nulle lorsqu'elles diminuent l'opinion du risque ou en changent le sujet, de telle sorte que la Compagnie, si elle en avait eu connaissance, n'aurait pas contracté aux mêmes conditions.

Il résulterait de l'article 458 du Code pénal, de l'article 98 alinéa 2 de la loi du 27 juillet 1997 sur le contrat d'assurance et de l'article 36 du Code de déontologie médicale que le secret médical ne serait pas absolu et que la clause par laquelle PERSONNE2.) a délié ses médecins traitants du secret médical serait parfaitement licite.

L'intimée soutient finalement que l'envoi d'un avis d'échéance de prime n'entraînerait aucune irrecevabilité, que PERSONNE2.) aurait accepté la clause par laquelle il a délié ses médecins du secret médical et que l'autorisation de prendre des renseignements auprès des médecins du preneur d'assurance porterait également sur la période contractuelle.

Elle sollicite l'octroi d'une indemnité de procédure de 1.500 €.

L'appelante estime qu'il résulte des pièces versées qu'elle est subrogée dans les droits de la SOCIETE2.). Elle soutient que SOCIETE1.) qui a envoyé, le 8 décembre 1998, un avis d'échéance de prime à l'appelante, est forclose à demander reconventionnellement la nullité du contrat. Elle fait plaider que le secret médical est absolu, qu'il s'étend au-delà du décès du patient et conteste l'accord de PERSONNE2.) à la communication de renseignements concernant son état de santé, après son décès. La clause déliant le médecin du secret médical serait frappée d'une nullité d'ordre public, elle n'aurait pas été acceptée par PERSONNE2.), les exigences de l'article 1135-1 du Code civil ne seraient pas remplies, que la compagnie d'assurances aurait manqué à son devoir d'information, que la clause litigieuse ne serait nullement indispensable pour assurer toute information utile à l'assureur, que le médecin traitant du défunt n'aurait de toute façon pas été en droit de fournir des renseignements nuisibles à son patient et que SOCIETE1.) n'aurait pas prouvé qu'au moment de la signature du contrat PERSONNE2.) savait qu'il était en mauvaise santé.

La clause litigieuse, vu son caractère exorbitant, ne pourrait en aucun cas s'étendre à la période se situant après le décès de PERSONNE2.).

L'appelante oppose encore l'inobservation de l'article 1325 du Code civil, conteste l'argumentation de la compagnie d'assurance relative à l'appréciation du risque et conteste la recevabilité de l'offre de preuve de l'intimée tant en ce qui concerne les faits offerts en preuve qu'en ce qui concerne les moyens de preuve.

Elle conclut à voir dire la demande en allocation d'une indemnité de procédure de l'intimée non fondée.

Il résulte des pièces versées en instance d'appel que PERSONNE1.) a remboursé la dette, contractée le 16 décembre 1996 comme co-débitrice solidaire, avec la société à responsabilité limitée SOCIETE3.) et PERSONNE2.) envers la SOCIETE2.) par cinq versements de 44.100.- francs le 7 août 1998, un virement de 1.486.819.- francs (chèque SOCIETE4.))le 2 octobre 1998, un virement de 2.000.000.- francs (vente immeuble, notaire Decker) le 7 octobre 1998 et un versement de 7.101.- francs le 8 octobre 1998. Les conditions de la subrogation légale sont donc remplies de sorte que l'appelante a qualité pour demander le paiement de la somme assurée.

C'est à tort que l'intimée demande le renvoi de l'affaire devant les juges de première instance. Le tribunal a admis la fin de non recevoir tirée du prétendu défaut de qualité dans le chef de la demanderesse. Sa décision implique par conséquent la négation du droit qui faisait l'objet de la demande et cette demande se trouve abjugée définitivement. L'appel dessaisit le premier juge du litige dont la connaissance est déférée au juge d'appel en vertu de l'effet dévolutif de l'appel.

La compagnie d'assurances a envoyé un avis d'échéance de prime à PERSONNE1.), le 8 décembre 1998, c'est-à-dire à un moment où SOCIETE1.) était avertie du décès de PERSONNE2.) survenu le DATE1.) et

qu'elle avait déjà tenté d'obtenir des renseignements auprès du docteur PERSONNE4.) au sujet de son patient PERSONNE2.).

Cet envoi ne démontre cependant aucune volonté de SOCIETE1.) de renoncer à demander la nullité du contrat d'assurances du 29 novembre 1996, de sorte que l'intimée n'est pas forclose à conclure reconventionnellement à la nullité du contrat.

PERSONNE2.) et PERSONNE1.) ont signé, le 21 novembre 1996, une demande d'assurance vie-décès et ils ont rempli le questionnaire portant sur leur état de santé, questionnaire devant permettre à la compagnie d'assurances d'apprécier le risque à garantir. Ils ont déclaré avoir sincèrement répondu aux questions figurant sur le questionnaire.

Conformément à l'article 129 de la loi du 27 juillet 1997 sur le contrat d'assurance, les dispositions de la nouvelle loi sont applicables dès l'entrée en vigueur de la loi aux contrats d'assurance sur la vie en cours. Cette entrée en vigueur a eu lieu le 1er janvier 1998 donc avant le décès de PERSONNE2.).

Les conséquences d'une omission ou d'une inexactitude dans la déclaration du risque sont réglées par les articles 12 et 13 de la nouvelle loi.

En vertu du principe de l'application immédiate de la loi nouvelle, ces dispositions sont applicables à toutes les omissions ou inexactitudes de la déclaration commises après son entrée en vigueur. Les omissions ou inexactitudes commises antérieurement à l'entrée en vigueur des articles 12 et 13 de la nouvelle loi, sont régies, tant en ce qui concerne l'obligation de déclaration que la sanction qui s'y attache par la loi du 16 mai 1891 sur le contrat d'assurance. (A.M. Verheyden, «Les principes de droit transitoire et leur application à la loi sur le contrat d'assurance terrestre du 25 juin 1992», R.G.A.G., 1995, n° 12465, n° 61 et n° 62 opinions différentes)

Conformément à l'article 8 de la loi de 1891 et 4 des conditions générales du contrat du 29 novembre 1996 toute réticence, toute fausse déclaration de la part du preneur d'assurance ou de l'assuré, même sans mauvaise foi, rendent l'assurance nulle lorsqu'elles diminuent l'opinion du risque ou en changent le sujet de telle sorte que la Compagnie, si elle en avait eu connaissance, n'aurait pas contracté aux mêmes conditions.

La compagnie d'assurances estime qu'elle a rapporté la preuve de la fausseté des déclarations de PERSONNE2.) dans sa demande d'assurance par la production de l'avis du docteur PERSONNE3.).

L'appelante demande le rejet de cet avis établi en violation du secret médical et des stipulations du contrat liant les parties.

La demande d'assurance, signée le 21 novembre 1996 par les époux PERSONNE2.) – PERSONNE1.), stipule à la suite du questionnaire médical portant sur l'état de santé de la personne à assurer. «J'autorise le médecin-

conseil à prendre toutes informations qu'il jugera utiles auprès des médecins qui m'ont soigné et j'autorise ces derniers à fournir au médecin conseil de la compagnie tous les renseignements demandés».

Les contestations de l'appelante portant sur la validité et la portée de cette clause ainsi que son acceptation par les signataires ne sont pas fondées.

- En effet, contrairement à la thèse défendue par l'appelante, il est actuellement admis par la jurisprudence et la doctrine que l'obligation au secret médical est «en réalité une prérogative qui appartient personnellement au malade» (Loi 277.7.97, D.p. 4252, Exposé des motifs, p.65 . Elle n'a d'autre but que de protéger le malade contre les indiscrétions intolérables. C'est le patient qui est le maître du secret et il a la faculté de relever, même anticipativement, son médecin traitant du secret. (Droit de l'assurance-vie, J. Ernault, p.317 ; CA 24.1.1995 n° rôle 15597)

De même, suivant l'article 36 du code de déontologie médicale, cité par les parties, le secret médical n'est pas un principe absolu. Ce texte permet la communication de renseignements médicaux aux médecins-conseils si le malade ne s'y oppose pas.

Les clauses par lesquelles le patient relève le médecin du secret médical sont donc en principe valables.

- L'autorisation accordée au médecin conseil de la compagnie d'assurance de s'informer auprès des médecins traitants du demandeur ne figure pas parmi les clauses pour lesquelles l'article 1135-1, alinéa 2 exige une acceptation spéciale par écrit. Il est précisé, à la page 1, au dessus de la signature des demandeurs, qu'ils ont répondu au questionnaire médical «qui suit en accord avec les indications en bas de la page correspondante». L'attention des demandeurs a donc été attirée sur l'autorisation en question de sorte que cette clause ne constitue pas, comme le soutient l'appelante, un piège pour les demandeurs.

- L'appelante ne conteste ni le contenu de la demande d'assurance du 21 novembre 1996, ni la signature du document en question par les demandeurs d'assurance. Le moyen tiré du défaut de la formalité du double opposé par l'appelante n'est dès lors pas pertinent.

- L'autorisation accordée au médecin conseil de prendre des informations auprès des médecins qui ont soigné l'assuré n'exige aucune explication spéciale de sorte que la validité de la clause litigieuse n'est pas affectée par un manquement à un devoir d'information à charge de l'assureur. Une information telle qu'exigée par l'appelante ne se retrouve pas dans la loi du 27 juillet 1997 qui précise les informations obligatoires à fournir par l'assureur au preneur d'assurance avant la conclusion du contrat.

- La clause déliant les médecins soignants du secret médical est conçue en termes généraux. Elle ne prévoit pas que les informations sur l'état de santé de l'assuré antérieur à la conclusion du contrat ne peuvent être demandés et

obtenus que pendant la période précontractuelle. De plus, la clause en question figure à la suite de l'avertissement de la Compagnie concernant le caractère indispensable de l'exactitude des réponses de l'assuré au questionnaire médical et la sanction que toute réticence ou fausse déclaration pourrait entraîner.

Il y a donc lieu de retenir que l'autorisation accordée par l'assuré n'est pas limitée à la période antérieure ou concomitante à la conclusion du contrat.

- L'argument de l'appelante consistant à dire que la clause relative à la levée du secret médical n'était pas nécessaire, vu qu'il était loisible à l'assureur d'exiger un contrôle médical avant la conclusion du contrat est inopérant, les assurés, preneurs d'assurance ayant accepté la clause en question.

- Le médecin, déliée par son patient du secret médical pour autant qu'il concerne les informations sur la santé à donner au médecin conseil de la compagnie d'assurance, est autorisé à fournir ces informations même si ces informations sont défavorables pour le patient.

Il s'ensuit que les médecins ayant soigné PERSONNE2.) étaient autorisés à fournir les renseignements sollicités par le médecin conseil de l'assureur sur l'état de santé de leur patient antérieur à la conclusion du contrat.

Il s'y ajoute que l'article 98 alinéa 2 de la loi du 27 juillet 1997 sur le contrat d'assurance, applicable en vertu de l'article 129 de la loi aux contrats d'assurance sur la vie en cours dès l'entrée en vigueur de la loi, prévoit que «Pour autant que le contrat d'assurance fasse état de l'accord préalable de l'assuré, le médecin de celui-ci est tenu de transmettre au médecin conseil de l'assureur un certificat établissant la cause du décès».

Le certificat «post mortem» est exigé dans le double but de déterminer s'il s'agit d'un risque garanti et d'apprécier s'il n'y a pas eu, lors de la souscription du contrat, de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle.(J. Ernault précité, n° 344)

Compte tenu de l'accord préalable qu'implique l'acceptation de l'obligation de produire un certificat médical indiquant la cause du décès de l'article 13 des conditions générales du contrat signé par les époux PERSONNE2.)-PERSONNE1.), le médecin conseil de l'assureur était encore autorisé à s'informer sur la cause du décès de PERSONNE2.) auprès du médecin ayant établi le certificat de décès sans y préciser la cause du décès.

Il reste cependant que l' «Avis médical sur un décès» établi par le docteur PERSONNE3.) n'établit à lui seul pas la fausseté des déclarations du 21 novembre 1996 de PERSONNE2.), fausseté ayant empêché la compagnie d'assurances de procéder à une appréciation réelle des risques.

Dans son avis du 31 août 1999 le docteur PERSONNE3.) conclut que PERSONNE2.) était atteint de diverses affections graves antérieures à la prise de contrat et non déclarées sur le questionnaire qu'il avait signé et qu'il est

décédé « suite à des éléments médicaux antérieurs à la prise du contrat, ce qui n'avait pas permis au Service Médical (de SOCIETE1.)) d'avoir une réelle appréciation des risques.

Cet avis unilatéral, établi à la demande de la compagnie d'assurance et ne contenant pas d'élément permettant de vérifier la réalité et l'exactitude des informations apparemment obtenues par le médecin de l'assureur ni le bien fondé de sa conclusion ne constitue pas la preuve du bien fondé de la demande en annulation du contrat d'assurance du 29 novembre 1996..

SOCIETE1.) formule une offre de preuve par témoins pour établir la fausseté des déclarations de PERSONNE2.) ainsi que le fait que cette fausseté a empêché la compagnie d'assurances de procéder à une appréciation réelle du risque.

Aucun principe de droit ne fait obstacle à ce qu'une juridiction permette l'audition de médecins à titre de témoins et ni l'article 458 du Code pénal, ni aucun autre texte ou principe légal, n'interdit aux juges de fonder leur décision sur les dépositions de médecins entendus comme témoins sur des faits relevant en principe du secret médical. (Cass.11.7.1991, consorts T. c/ P., n° 951 du registre ; C A 24.1.1995, n° rôle 15597)

En effet, l'article 458 du Code pénal luxembourgeois, prévoit deux exceptions distinctes au secret professionnel, à savoir :

a) elle où la loi oblige les médecins à faire connaître les secrets leur confiés,

b) celle où ils sont appelés à rendre témoignage en justice.

La disposition de l'article 458 du Code pénal qui autorise les personnes dépositaires de secrets qu'on leur confie à rendre témoignage en justice s'applique tant au témoignage en matière civile qu'au témoignage en matière pénale.

Le point 1 de l'offre de preuve de l'intimée est suffisamment précis. L'omission de mentionner les affections graves, que la compagnie d'assurances offre en preuve, suppose nécessairement la connaissance par l'assuré des maladies dont il était atteint avant la conclusion du contrat, connaissance dont la preuve doit être rapportée. La preuve de la gravité des maladies implique encore celle de leur incidence sur le risque à garantir par l'assureur et permettra d'apprécier l'influence de la connaissance par l'assureur des maladies cachées sur les conditions du contrat.

En revanche, les points 2 et 3 de l'offre de preuve ne sont pas pertinents. S'il incombe à la compagnie d'assurances de prouver les maladies graves cachées par le demandeur d'assurance ayant une influence sur le risque à couvrir il appartient cependant au juge d'apprécier les conséquences de la connaissance de ces éléments sur le contrat.

Il y a donc lieu d'admettre la compagnie d'assurance à la preuve par voie d'enquête.

P a r c e s m o t i f s :

la Cour d'appel, première chambre, siégeant en matière civile, statuant contradictoirement, sur le rapport du magistrat de la mise en état, le ministère public entendu ;

reçoit l'appel de PERSONNE1.) ;

par réformation du jugement entrepris dit non fondée la fin de non recevoir tirée d'un prétendu défaut de qualité pour agir dans le chef de la demanderesse opposée par la compagnie d'assurances SOCIETE1.) S.A. à la demande de PERSONNE1.) ;

reçoit la demande de PERSONNE1.) ;

reçoit la demande reconventionnelle en annulation du contrat d'assurance du 29 novembre 1996 de la compagnie d'assurances SOCIETE1.) S.A ;

avant tout autre progrès en cause :

admet la compagnie d'assurances SOCIETE1.) S.A. à prouver par témoins :

«qu'au moment de la conclusion du contrat d'assurance, le sieur PERSONNE2.) était déjà atteint de diverses affections graves dont il n'a aucunement fait mention dans le questionnaire médical signé en date du 21 novembre 1996».

dit que seront convoqués pour être entendus lors de l'enquête :

1) le docteur PERSONNE3.), demeurant à L-ADRESSE3.),

2) le docteur PERSONNE5.), demeurant à L-ADRESSE4.),
3) le docteur PERSONNE4.), demeurant à L-ADRESSE5.)

fixe l'enquête au mardi, 13 mai 2003 à 15.00 heures,

fixe la contre-enquête au mardi, 17 juin 2003 à 15.00 heures,

chaque fois en la salle n° 100 au premier étage du bâtiment sis à Luxembourg, 12, Côte d'Eich,

dit que la partie appelante devra déposer la liste des témoins dont elle sollicite l'audition lors de la contre-enquête au greffe de la Cour pour le 16 mai 2003 au plus tard.

charge Monsieur le conseiller Camille HOFFMANN de l'exécution de la mesure d'instruction ordonnée ;

dit que l'instruction sera poursuivie sous la surveillance du magistrat de la mise en état ;

réserve la demande en paiement d'une indemnité de procédure et les dépens.

La lecture du présent arrêt a été faite en la prédite audience publique par Marie-Paule ENGEL, présidente de chambre, en présence de Patrick KELLER, greffier.