

## Cour d'appel, Douai, 3e chambre, 28 Septembre 2017 – n° 16/05458

Cour d'appel

Douai  
3e chambre

28 Septembre 2017  
Répertoire Général : 16/05458  
Numéro : 17/452

X / Y

Contentieux Judiciaire

République Française  
Au nom du Peuple Français  
COUR D'APPEL DE DOUAI  
TROISIEME CHAMBRE  
ARRÊT DU 28/09/2017  
\*\*\*

N° de MINUTE : 17/452

N° RG : 16/05458

Jugement (N° 13/01029) rendu le 19 Septembre 2013 par le tribunal de grande instance de Lille

Arrêt rendu le 23 avril 2015 par la cour d'appel de Douai

Arrêt rendu le 9 juin 2016 par la cour de cassation

DEMANDEUR A LA DECLARATION DE SAISINE

SA Allianz Vie prise en la personne de ses représentants légaux domiciliés en cette qualité audit siège

[...]

[...]

Représentée par Me Isabelle C., avocat au barreau de Douai

Assistée de Me Chrystel G., avocat au barreau de Paris, substituant Me Georges P., avocat au barreau de Paris

DEFENDEUR A LA DECLARATION DE SAISINE

Madame Agnès L.

née le 12 juin 1951 à [...]

de nationalité française

[...]

[...]

Représentée par Me François D., avocat au barreau de Douai

Assistée de Me Michel M., avocat au barreau de Lille

COMPOSITION DE LA COUR LORS DES DÉBATS ET DU DÉLIBÉRÉ

Benoît Mornet, président de chambre

Cécile André, conseiller

Sara Lamotte, conseiller

-----

GREFFIER LORS DES DÉBATS : Fabienne Dufossé

DÉBATS à l'audience publique du 29 Juin 2017 après rapport oral de Benoît Mornet

Les parties ont été avisées à l'issue des débats que l'arrêt serait prononcé par sa mise à disposition au

---

greffe.

ARRÊT CONTRADICTOIRE prononcé publiquement par mise à disposition au greffe le 28 Septembre 2017 (date indiquée à l'issue des débats) et signé par Benoît Mornet, président, et Fabienne Dufossé, greffier, auquel la minute de la décision a été remise par le magistrat signataire.

ORDONNANCE DE CLÔTURE DU : 20 juin 2017

\*\*\*

Exposé du litige

Le 29 novembre 1982, Mme L. a souscrit auprès de l'Union nationale pour les intérêts de la médecine (l'UNIM) une assurance de groupe proposée par la compagnie UAP pour couvrir les risques décès, invalidité définitive et absolue, incapacité et invalidité.

Le risque garanti a été modifié le 26 janvier 1987 pour ne laisser que la garantie décès, puis le 9 mars 1992 pour revenir aux garanties d'origine.

Le 15 décembre 2007, Mme L. a été placée en arrêt de travail. La garantie qu'elle sollicitait lui a été refusée pour fausse déclaration intentionnelle du risque lors de la souscription du contrat.

Par actes des 26 juillet et 2 août 2011, Mme L. a fait assigner l'UNIM et la société AGF vie devant le tribunal de grande instance de Lille. La société Allianz vie est intervenue aux droits de la société AGF vie.

Par jugement du 19 septembre 2013 le tribunal de grande instance de Lille a :

- condamné la société Allianz vie à payer à Mme L. au titre de la garantie incapacité de travail les sommes de 4 379,20 euros d'indemnités journalières et 110 035 euros au titre de la rente invalidité,
- condamné la société Allianz vie à payer à Mme L. la somme de 1 500 euros au titre de l'article 700 du code de procédure civile et aux dépens.

La société Allianz vie a interjeté appel de ce jugement le 18 mars 2014.

Par arrêt rendu le 23 avril 2015, la cour de céans a infirmé le jugement et débouté Mme L. de ses demandes.

Par arrêt rendu le 9 juin 2016, la Cour de cassation a cassé et annulé l'arrêt, mais seulement en ce qu'il a débouté Mme L. de ses demandes dirigées contre la société Allianz vie et l'a condamnée aux dépens de première instance et d'appel, et renvoyé les parties devant la cour autrement composée, au motif que la cour d'appel n'a pas répondu aux conclusions de Mme L. qui soutenait que la clause d'exclusion litigieuse, rédigée en termes généraux et imprécis ne pouvait lui être opposée par l'assureur.

Dans ses dernières conclusions notifiées le 7 juin 2017, la société Allianz vie demande à la cour d'infirmar le jugement et de débouter en conséquence Mme L. de ses demandes.

Elle soutient que le rapport d'expertise médicale du docteur C. démontre que Mme L. est atteinte d'une scoliose structurale évolutive, que la clause relative à l'absence de couverture se trouvant à la page 10 des conditions générales du contrat est dépourvue d'ambiguïté en ce qu'elle prévoit expressément que la garantie d'incapacité de travail n'est pas couverte en cas de 'maladie ou infirmité à caractère évolutif antérieure à la date d'admission de l'assuré' ; elle ajoute enfin que dans son rapport, le docteur C. retient que Mme L. était atteinte d'une infirmité avant son adhésion.

Elle soutient en conséquence que cette clause d'exclusion n'est pas générale et imprécise et qu'elle est en conséquence opposable à Mme L..

Dans ses dernières conclusions notifiées le 19 juin 2017, Mme L. demande à la cour de confirmer le jugement en toutes ses dispositions, de débouter la société Allianz vie de ses demandes et de la condamner à lui payer une indemnité de 8 000 euros au titre de l'article 700 du code de procédure civile.

Elle soutient que la clause d'exclusion est trop générale et imprécise en ce qu'elle ne vise aucune pathologie précise et qu'il appartenait à la société d'assurance d'énoncer clairement et précisément qu'elle entendait exclure les personnes ayant manifesté à un stade quelconque de leur développement une scoliose.

Elle ajoute que les maladies et les infirmités ont des noms et que pour les exclure de la garantie, il faut les nommer, et que les termes de 'maladie', 'infirmité' et 'caractère évolutif' sont trop généraux et imprécis pour opposer une clause d'exclusion.

Elle conteste la thèse du docteur C., qui est intervenu pour l'assureur à titre privé, selon lequel la scoliose doit être regardée comme évolutive alors que la scoliose manifestée dans l'enfance de Mme L. avait été efficacement traitée selon les données des connaissances médicales de l'époque et qu'elle ne constituait ni une infirmité, ni une invalidité, ni une maladie chronique actuelle.

Elle précise qu'il n'y a jamais eu de rééducation depuis 1964, qu'elle ne s'est pas rendue chaque année dans un centre hospitalier, et qu'elle n'a bénéficié d'aucun traitement, et qu'au moment de la souscription du contrat et pendant de nombreuses années après, elle a mené une vie normale.

Elle note enfin que l'assureur ne peut s'appuyer sur un rapport de 2011 pour apprécier la situation vingt ans plus tôt en 1992.

Sur la mise en oeuvre des garanties, Mme L. soutient qu'elle s'est trouvée en arrêt de travail à temps complet du 15 décembre 2007 jusqu'au 11 mai 2008, qu'elle a vendu son officine de pharmacie le 30 avril 2008, et que les indemnités journalières sont dues à partir du 91<sup>ème</sup> jour, c'est-à-dire du 16 mars au 30 avril 2008, sur 16 jours en mars et 30 jours en avril, soit au total 46 jours à 95,20 euros, soit un montant de 4 379,20 euros, et que la rente d'invalidité est due du 1<sup>er</sup> mai 2008 au 30 juin 2011, que la date de liquidation des droits à la retraite étant fixée au 1<sup>er</sup> juillet 2011, la rente annuelle s'élève à 34 748 €uros, et qu'elle doit être versée pour trois années et deux mois, soit un total de 110 035 €uros.

Motifs de la décision

I- Sur la clause d'exclusion de garantie

Il résulte de l'article L. 113-1 du code des assurances qu'une cause d'exclusion n'est opposable à l'assuré que si elle est formelle et limitée, et en conséquence claire et précise.

En l'espèce, le contrat souscrit par Mme L. prévoit que l'incapacité de travail n'est pas couverte en cas de 'maladies ou infirmités à caractère évolutif, antérieures à la date d'admission de l'assuré'.

Force est de constater que la clause est pour le moins rédigée en termes généraux puisqu'aucune indication ne vient expliciter quelles sont les maladies et infirmités susceptibles d'être qualifiées 'évolutives'.

En effet, ce n'est pas à l'assuré de procéder à la mise en l'uvre de connaissances médicales dont il ne dispose pas, pour juger s'il dépend ou non de telle ou telle catégorie générale (« maladie », « infirmité », « caractère évolutif »), surtout lorsque cela ne correspond ni à son ressenti, ni aux connaissances médicales

contemporaines de la souscription.

L'assureur produit aux débats le rapport du docteur C. qui note que Mme L. est atteinte 'd'une scoliose structurale évolutive nécessitant un suivi médical annuel et des soins préventifs de kinésithérapie qui étaient d'ailleurs réguliers et en cours'.

Si le médecin écrit dans son rapport que Mme L. a fait l'objet d'un suivi régulier ; ce rapport n'est étayé que par un extrait du guide établi par la Haute autorité de la santé de 2008.

A l'inverse, Mme L. soutient qu'elle n'a jamais été en rééducation depuis 1964, qu'il n'y a pas eu de séances de kinésithérapie régulières, et qu'elle ne s'est pas rendue chaque année dans un centre hospitalier, et que les deux visites de contrôle auxquelles elle s'est prêtée n'ont donné lieu à aucun traitement.

Pour étayer ses affirmations, Mme L. produit aux débats un avis du docteur B. expliquant que lorsque Mme L. avait 17 ans (en 1968), elle était en fin de croissance et présentait une scoliose avec un angle de 32° ce qui, pour l'époque, était un angle tout à fait minime ; ce médecin spécialiste précise qu'à cette époque, une scoliose de moins de 50° était réputée non évolutive.

Ces avis médicaux contradictoires démontrent le caractère ambigu et imprécis de la clause d'exclusion pour un assuré puisque même les médecins spécialistes sont en désaccord sur le caractère évolutif de la pathologie de Mme L., aucun des deux médecins n'expliquant par ailleurs si cette pathologie est une maladie ou une infirmité.

Le rapport de 2008 sur lequel le docteur C. s'appuie pour prétendre que la scoliose de Mme L. a fait l'objet d'un suivi régulier et caractérisait 'une maladie ou infirmité à caractère évolutif' ne correspond d'ailleurs pas aux données de la science contemporaine à la scoliose développée par Mme L. 30 années avant ce rapport. Enfin, comme le notent les premiers juges, ni le docteur B., ni le docteur C. ne caractérisent une éventuelle aggravation de la déviation de la colonne vertébrale de Mme L. par rapport à l'état qui était le sien dans les années soixante.

Il résulte de ces éléments que les termes de la clause d'exclusion relative à une 'maladie ou infirmité à caractère évolutif' sont trop généraux et imprécis pour permettre de limiter l'exclusion au sens de l'article L. 113-1 du code des assurances.

Rédigée en termes généraux et imprécis, cette clause d'exclusion n'est pas opposable à Mme L..

Il convient en conséquence de confirmer le jugement en ce qu'il a fait droit aux demandes en paiement de Mme L. au titre des garanties souscrites, et dont le montant n'est pas discuté.

II- Sur les dépens et les demandes d'indemnités au titre de l'article 700 du code de procédure civile

La société Allianz vie succombant à l'instance, le jugement sera confirmé sur les dépens et l'indemnité au titre de l'article 700 du code de procédure civile.

La société Allianz vie succombant devant la cour, elle en supportera les dépens et sera condamnée à payer à Mme L. une indemnité complémentaire de 1 500 euros au titre de l'article 700 du code de procédure civile. Par ces motifs

La cour,

Vu le jugement rendu le 19 septembre 2013 par le tribunal de grande instance de Lille ;

Vu l'arrêt rendu le 9 juin 2016 par la Cour de cassation ;

CONFIRME en toutes ses dispositions le jugement rendu le 19 septembre 2013 par le tribunal de grande instance de Lille ;

Y ajoutant :

Condamne la société Allianz vie aux dépens d'appel et à payer à Mme L. une indemnité complémentaire de 1 500 euros au titre de l'article 700 du code de procédure civile.

Le greffier Le président

F. Dufossé B. Mornet

---

### Décisions antérieures

▪ cour de cassation 9 Juin 2016

▪ cour d'appel Douai 23 Avril 2015

▪ tribunal de grande instance Lille 19 Septembre 2013 13/01029

© LexisNexis SA