

Texte pseudonymisé

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

Jugement civil 2025TALCH10/00123

Audience publique du vendredi, dix octobre deux mille vingt-cinq

Numéros TAL-2022-06050 et TAL-2023-02756 du rôle

Composition :

Catherine TISSIER, premier juge-président,
Elodie DA COSTA, juge,
Claudia SCHETTGEN, juge,
Cindy YILMAZ, greffier.

Entre

I. TAL-2022-06050

PERSONNE1.), retraité, demeurant à L-ADRESSE1.),

partie demanderesse aux termes d'un exploit d'assignation de l'huissier de justice suppléant Christine KOVELTER, en remplacement de l'huissier de justice Martine LISE de Luxembourg du 10 août 2022,

partie demanderesse en intervention aux termes d'un exploit d'assignation de l'huissier de justice Martine LISE de Luxembourg du 23 mars 2023,

comparaissant par **Maître Anne BAULER**, avocat à la Cour, demeurant à Luxembourg,

et

la société anonyme **SOCIETE1.) S.A.**, établie et ayant son siège social à L-ADRESSE2.), inscrite au Registre de Commerce et des Sociétés du Luxembourg sous le numéro NUMERO1.), représentée par son conseil d'administration actuellement en fonction,

partie défenderesse aux fins du prédit exploit KOVELTER,

comparaissant par **Maître Jean-François STEICHEN**, avocat à la Cour, demeurant à Luxembourg,

II. TAL-2023-02756

PERSONNE1.), retraité, demeurant à L-ADRESSE1.),

partie demanderesse aux termes d'un exploit d'assignation de l'huissier de justice suppléant Christine KOVELTER, en remplacement de l'huissier de justice Martine LISE de Luxembourg du 10 août 2022,

partie demanderesse en intervention aux termes d'un exploit d'assignation de l'huissier de justice Martine LISE de Luxembourg du 23 mars 2023,

comparaissant par **Maître Anne BAULER**, avocat à la Cour, demeurant à Luxembourg,

et

la société anonyme **SOCIETE2.) S.A.**, établie et ayant son siège social à L-ADRESSE3.), inscrite au Registre de Commerce et des Sociétés du Luxembourg sous le numéro NUMERO2.), représentée par son conseil d'administration actuellement en fonctions,

partie défenderesse en intervention aux termes du prédit exploit LISE du 23 mars 2023,

comparaissant par la société anonyme **SCHILTZ & SCHILTZ S.A.**, établie et ayant son siège social à L-1610 Luxembourg, 24-26, avenue de la Gare, inscrite au Registre de Commerce et des Sociétés du Luxembourg sous le numéro B 220251, inscrite sur la liste V du Tableau de l'Ordre des Avocats du Barreau de Luxembourg, représentée aux fins de la procédure par **Maître Franz SCHILTZ**, avocat à la Cour, demeurant professionnellement à la même adresse,

Le Tribunal

Vu l'ordonnance de clôture du 28 mai 2025.

Les mandataires des parties ont été informés par bulletin du 11 juillet 2025 de l'audience des plaidoiries fixée au 26 septembre 2025.

Aucune des parties n'a sollicité à plaider oralement.

En application de l'article 226 du Nouveau Code de procédure civile, les parties sont réputées avoir réitéré leurs moyens à l'audience des plaidoiries et leurs mandataires sont dispensés de se présenter à l'audience des plaidoiries.

L'affaire a été prise en délibéré à l'audience publique du 26 septembre 2025.

Revu le jugement civil 2024TALCH10/00111 du 5 juillet 2024 rendu entre PERSONNE1.), la société anonyme SOCIETE1.) S.A. (ci-après « SOCIETE3.) ») et la société anonyme SOCIETE4.) S.A. (ci-après « SOCIETE5.) »), dont le dispositif est conçu comme suit :

« PAR CES MOTIFS

le Tribunal d'arrondissement de Luxembourg, dixième chambre, siégeant en matière civile, statuant contradictoirement,

dit la demande recevable en la pure forme,

rejette le moyen tiré du défaut de qualité à agir,

avant tout autre progrès en cause,

invite les parties à conclure sur la question du point de départ du délai de prescription de l'action introduite par PERSONNE1.),

renvoie le dossier devant le juge de la mise en état,

réserve le surplus et les frais. »

Suite au jugement précité, les parties ont conclu par des conclusions de synthèse.

PRETENTIONS ET MOYENS DES PARTIES :

Aux termes de ses dernières conclusions de synthèse du 27 février 2025, PERSONNE1.) précise qu'il ne parviendrait plus à exercer son travail de carreleur en ce qu'il souffre de pathologies au niveau des genoux et au niveau des lombalgies. En additionnant les taux retenus par le docteur PERSONNE2.) pour les incapacités neuropsychique, motrice et économique, il faudrait constater que PERSONNE1.) serait affecté d'une incapacité totale de 67%. Il fait cependant valoir que le docteur PERSONNE2.) ne saurait se limiter à une incapacité économique de 50% et qu'il serait constant en cause que PERSONNE1.) souffrirait en effet d'une incapacité totale de travail de 100%.

Le requérant conteste que le contrat d'assurance serait nul. Il fait valoir qu'il n'aurait pas rempli le questionnaire de santé personnellement et que ce serait l'employé de la banque qui lui aurait présenté l'assurance et qui lui aurait posé les questions sans lui donner d'explications. PERSONNE1.) n'aurait pas été conscient de la teneur exacte des questions qui lui auraient été posées. Il aurait signé le document et ce sans lecture préalable.

La partie demanderesse devrait être considérée comme un consommateur qui se trouverait dans une position d'infériorité par rapport au professionnel. Le contrat d'assurance constituerait un contrat d'adhésion sur lequel l'assuré n'aurait aucun pouvoir décisionnel.

PERSONNE1.) fait valoir, au visa de l'article L.111-1 du Code de la consommation, que le professionnel serait soumis à diverses obligations, dont l'obligation d'informer. Il n'aurait pas été informé de l'importance du questionnaire de santé et de l'impact de ce questionnaire sur le risque assuré.

Le requérant expose encore que le questionnaire d'aujourd'hui serait beaucoup plus précis que celui qui lui aurait été soumis en 2005, et qu'il aurait été impossible pour PERSONNE1.) de répondre aux questions générales du questionnaire de 2005.

Il appartiendrait à SOCIETE3.) de prouver que le requérant aurait été informé.

PERSONNE1.) invoque les articles L.121-1, L.121-2, L.121-3, L.122-1, L.122-2 et L.122-3 du Code de la consommation et soutient qu'SOCIETE3.) se serait adonnée à une pratique commerciale déloyale à son égard. Si PERSONNE1.) avait reçu toutes les informations nécessaires, il aurait demandé à son médecin traitant de l'aider à remplir le questionnaire médical.

Il expose encore que par un arrêt du 2 février 2023 (C-208/21), la Cour de justice de l'Union européenne aurait constaté que la pratique des contrats collectifs d'assurance revêtirait un caractère déloyal en raison de l'insuffisance des informations transmises au

consommateur, au moyen des clauses contractuelles types et ce avant l'adhésion du contrat. Il note que cette jurisprudence devrait s'appliquer en l'espèce.

Il soutient qu'il n'aurait pas intentionnellement répondu qu'il ne suivrait pas de traitement psychiatrique. Il n'aurait pas souffert de problèmes psychiatriques mais de troubles du sommeil. Il explique encore qu'il n'aurait pas souffert de troubles neuropsychiatriques au moment de la signature du contrat d'assurance.

PERSONNE1.) expose qu'il n'aurait pas pu savoir qu'il souffrait de problèmes neuropsychiques ou psychiatriques et qu'il n'aurait pas pu intentionnellement répondre par la négative à la question relative au suivi psychiatrique.

Il fait également valoir qu'SOCIETE3.) ne saurait exposer que son épouse aurait été au courant de son état de santé alors qu'SOCIETE3.) n'apporterait aucune preuve en ce sens et qu'il n'incomberait pas à son épouse d'évaluer son état de santé. Il note que l'état de santé de son épouse ne serait également pas bon.

SOCIETE3.) ne parviendrait pas à établir que PERSONNE1.) aurait menti au sujet de ses autres problèmes de santé. PERSONNE1.) explique qu'il aurait subi un accident industriel au courant de l'année 2004 qui lui aurait causé des lombalgies et lombosciatalgies et donc une incapacité de travail et non une invalidité. Il n'aurait rien indiqué à ce sujet dans le questionnaire médical étant donné qu'il aurait été en arrêt de travail de 3 semaines suite à cet accident et que le questionnaire aurait porté sur les arrêts de travail de plus de 3 semaines au cours des 5 dernières années.

PERSONNE1.) aurait subi un autre accident professionnel le 17 janvier 2006 lui causant une atteinte à la colonne lombaire et cervicale. Il aurait eu des lésions aux genoux et aux mains l'empêchant d'effectuer son travail de carreur. Les problèmes orthopédiques seraient nés après la date de conclusion du contrat d'assurance et il y aurait lieu de souligner que le questionnaire ne poserait pas de demande concrète quant à l'existence de problèmes orthopédiques.

SOCIETE3.) ne prouverait pas la mauvaise foi et le caractère intentionnel d'une déclaration inexacte dans le chef de PERSONNE1.).

Le requérant fait encore valoir, au visa de l'article 13 paragraphe 1^{er}, alinéa 2 de la loi modifiée du 27 juillet 1997, qu'une omission ou inexactitude non intentionnelle n'entraînerait pas la nullité du contrat, mais pourrait modifier le contrat concernant le risque assuré.

Il ressortirait d'une jurisprudence concernant un contrat d'assurance « solde restant dû » que le fait que l'assuré aurait été invalide au moment de la conclusion du contrat ne supprimerait pas le risque, mais le modifierait. Il conviendrait donc, le cas échéant, de modifier le contrat d'assurance en excluant le risque lié à la pathologie psychiatrique au lieu de le déclarer nul.

Dans une telle hypothèse, la problématique se limiterait à l'incapacité de travail et à l'incapacité économique de PERSONNE1.). Il y aurait lieu d'ordonner une expertise

judiciaire complémentaire afin de déterminer l'incapacité économique et motrice du requérant à la date du 29 janvier 2008.

Il y aurait encore lieu de considérer que les troubles physiques dont souffrirait le requérant seraient d'une telle ampleur qu'il serait empêché de travailler. Il souffrirait d'une incapacité de travail totale et d'une incapacité économique de sorte qu'il atteindrait le seuil de 67% requis par SOCIETE3.) pour le bénéfice de l'assurance.

Le requérant fait valoir que la clause contenue dans les conditions générales suivant laquelle « *il est précisé que la législation et la jurisprudence en matière de sécurité sociale ne sont pas d'application dans le cadre de la présente garantie complémentaire. La Compagnie se réserve le droit de ne pas suivre les décisions d'octroi d'une incapacité totale et permanente accordée par le contrôle médical de la sécurité sociale* » serait abusive et soutient qu'SOCIETE3.) devrait être liée par le jugement du 5 mai 2010.

En ce qui concerne la question de la prescription, PERSONNE1.) expose que les juges luxembourgeois s'inspireraient principalement des jurisprudences françaises, y compris en matière d'assurances. La notion de « jour de l'évènement » posée par la loi de 1997 serait vague et générale, de sorte qu'il ne serait pas évident d'identifier l'évènement déclencheur du délai de prescription. L'arrêt de la Cour de cassation française du 27 mai 2001 aurait trait à une assurance de groupe souscrite par un établissement de crédit à laquelle adhérerait un emprunteur pour la couverture des risques pouvant avoir une incidence sur le remboursement de l'emprunt. Même si le fonctionnement de l'assurance de groupe et de l'assurance solde restant dû ne serait pas le même, ces contrats poursuivraient le même but qui consisterait à garantir le remboursement d'un prêt bancaire en cas de décès ou d'invalidité.

Pour ce qui est du point de départ du délai de prescription, le requérant rappelle que cette question ne se poserait pas étant donné que le délai de prescription n'aurait jamais commencé à courir. Si le Tribunal devait considérer que le délai de prescription aurait commencé à courir, il devrait retenir le 25 septembre 2017 comme point de départ du délai de prescription vu que ce serait par courrier du 25 septembre 2017 qu'SOCIETE3.) aurait refusé de faire droit à sa demande en garantie. L'introduction de son assignation en référé expertise en date du 1^{er} juillet 2020 aurait interrompu le délai par application de l'article 2244 du Code civil. Il note que la partie défenderesse omettrait d'indiquer quel évènement aurait déclenché le délai de prescription.

PERSONNE1.) demande, principalement au visa de l'article 1147 du Code civil, et subsidiairement sur base des articles 1382 et 1383 du Code civil, qu'SOCIETE3.) soit condamnée à lui payer des dommages et intérêts à hauteur de 5.000,00 euros à titre de réparation des préjudices moraux et matériels au motif qu'SOCIETE3.) n'aurait pas respecté le contrat d'assurance.

Il expose qu'il serait inéquitable de laisser à son unique charge les frais engendrés pour la défense de ses intérêts d'un montant actualisé de 38.058,70 euros + p.m (frais d'assignation, frais d'expertise et honoraires d'avocat). Il y aurait lieu de lui allouer la somme de 16.325,00 euros (3.150,00 + 2.925,00 + 3.510,00 + 3.480,00 + 2.900,00) au

titre du préjudice matériel qu'il aurait subi alors qu'il aurait été contraint de faire appel à un avocat.

Il demande au Tribunal à ce que SOCIETE5.) soit enjointe de communiquer au Tribunal l'état des comptes de la partie demanderesse à la date du 27 février 2025, date de ses conclusions.

Aux termes de ses dernières conclusions de synthèse du 25 mars 2025, **SOCIETE3.)** demande au Tribunal de voir recevoir les conclusions en la forme, donner acte que ses conclusions antérieures au jugement interlocutoire sont maintenues, principalement déclarer les demandes de la partie demanderesse comme étant prescrites sinon comme étant non fondées, subsidiairement condamner SOCIETE5.) à tenir quitte et indemniser SOCIETE3.) de toute condamnation en vertu de l'action introduite en date du 10 août 2022 par PERSONNE1.), condamner SOCIETE5.) aux frais et dépens de l'instance principale et de l'instance en intervention, statuer pour le surplus conformément aux conclusions antérieurement prises, et condamner la partie demanderesse à tous les frais et dépens de l'instance.

SOCIETE3.) fait valoir que la question de la prescription de l'action introduite par PERSONNE1.) ne se poserait qu'en présence d'un contrat d'assurance valable. Il faudrait donc d'abord analyser la question de la nullité du contrat d'assurance avant d'analyser la question de la prescription.

La partie défenderesse expose que le contrat d'assurance serait nul. PERSONNE1.) serait en aveu que les indications contenues dans le questionnaire médical seraient fausses. En tant que signataire, PERSONNE1.) aurait dû vérifier le contenu du questionnaire médical et ce malgré le fait qu'un employé de la banque aurait apporté son concours pour remplir le formulaire. PERSONNE1.) ne saurait ignorer le lien entre son état de santé et la conclusion d'un contrat d'assurance-vie.

De toute manière, ce serait SOCIETE5.) qui serait intervenue en tant que société de courtage d'assurance et qui aurait eu l'obligation de conseiller PERSONNE1.). SOCIETE3.) n'aurait pas été impliquée dans ce processus d'intermédiation de sorte qu'elle ne devrait pas supporter les fautes commises par SOCIETE5.). Elle demande à ce que SOCIETE5.) la tienne quitte et indemnise de toute condamnation qui pourrait être prononcée à son encontre.

La partie défenderesse expose qu'il serait normal que le questionnaire médical ait subi des modifications au fil du temps. La jurisprudence de la Cour de Justice de l'Union Européenne invoquée par PERSONNE1.) se trouverait sans lien avec le présent litige.

SOCIETE3.) s'oppose à la demande de PERSONNE1.) tendant à faire abstraction des risques liés à son état psychiatrique et de maintenir l'assurance pour le reste. PERSONNE1.) aurait menti dans le questionnaire médical en ce qui concerne son arrêt de maladie de plus de trois semaines en septembre 2004. Ces pathologies seraient en tout état de cause à exclure du champ de couverture de l'assurance. Ainsi même si l'assurance devrait être maintenue pour les pathologies non-psychiatriques, l'assurance

ne jouerait pas. L'incapacité du requérant serait en dessous des seuils prévus par le contrat d'assurance. SOCIETE3.) s'oppose à l'ordonnance d'une nouvelle expertise médicale.

En ce qui concerne la prescription de l'action, SOCIETE3.) tient à préciser que la jurisprudence française invoquée dans le jugement civil du 5 juillet 2024 ne serait pas transposable en droit luxembourgeois, alors que le droit luxembourgeois des assurances serait inspiré par la loi belge. La jurisprudence française se rapporterait à un produit d'assurance groupe souscrit par un établissement de crédit, alors qu'un tel type de produit n'existerait pas au Luxembourg. Il s'agirait en outre d'une jurisprudence qui serait critiquée par la doctrine et qui ne ferait pas l'unanimité en jurisprudence.

En droit luxembourgeois, le délai de prescription commencerait à courir à partir du jour de l'évènement qui donne ouverture à l'action. Le droit belge ne prévoirait pas de points de départ alternatifs et en France le report du point de départ du délai de prescription demeurerait l'exception.

SOCIETE3.) expose que PERSONNE1.) aurait exercé une action en exécution du contrat d'assurance contre l'assureur et que la jurisprudence française susmentionnée serait relative à une action en responsabilité.

Il ressortirait également des conditions générales du contrat d'assurance que le délai de prescription commencerait à courir à partir du jour où le bénéficiaire aurait connaissance à la fois de l'existence du contrat, de sa qualité de bénéficiaire et de la survenance de l'évènement duquel dépendrait l'exigibilité des prestations d'assurances.

L'assurance aurait été souscrite par PERSONNE1.) et son épouse, de sorte qu'il aurait également incombé à cette dernière d'introduire une action en justice interrompant la prescription, alors qu'elle aurait su qu'un événement donnant ouverture à l'action existait dans le chef de son mari.

Le jour de l'évènement donnant ouverture à l'action, serait le jour où la maladie de PERSONNE1.) aurait été constatée.

Aux termes de ses dernières conclusions du 29 avril 2025, **SOCIETE5.)** demande au Tribunal de donner acte qu'elle se rapporte à prudence de justice en ce qui concerne la recevabilité de la demande en intervention à son encontre, qu'elle n'entend pas autrement prendre position s'agissant du fond de l'affaire et qu'elle se rapporte à prudence de justice en ce qui concerne la demande au fond telle que formulée par PERSONNE1.). SOCIETE5.) demande également le rejet de toute demande formulée à son encontre, que la partie demanderesse sur intervention soit condamnée à lui payer une indemnité de procédure de 5.000,00 euros sur base de l'article 240 du Nouveau Code de procédure civile et que la partie demanderesse sur intervention, sinon toute partie qui succombe soit condamnée à tous les frais et dépens de l'instance et d'en ordonner la distraction au profit de l'avoué concluant qui la demande affirmant en voir fait l'avance.

Motivation :

SOCIETE3.) soutient que le contrat d'assurance est nul, ce qui est contesté par PERSONNE1.).

Dans un souci de logique juridique, il y a lieu d'analyser le moyen tenant à la nullité du contrat d'assurance avant tout autre.

L'article 11 de la loi modifiée du 27 juillet 1997 dispose que « le preneur d'assurance a l'obligation de déclarer exactement, lors de la conclusion du contrat, toutes les circonstances connues de lui et qu'il doit raisonnablement considérer comme constituant pour l'assureur des éléments d'appréciation du risque. Toutefois, il ne doit pas déclarer à l'assureur les circonstances déjà connues de celui-ci ou que celui-ci devrait raisonnablement connaître. En assurances de personnes la même obligation incombe à l'assuré dans la mesure où des renseignements sont sollicités de sa part. Les données génétiques ne peuvent pas être communiquées.

S'il n'est point répondu à certaines questions écrites de l'assureur et si ce dernier a néanmoins conclu le contrat, il ne peut, hormis le cas de fraude, se prévaloir ultérieurement de cette omission ».

Aux termes de l'article 12 de cette loi, « sans préjudice de l'article 102 de la présente loi, lorsque l'omission ou l'inexactitude intentionnelles dans la déclaration induisent l'assureur en erreur sur les éléments d'appréciation du risque, le contrat d'assurance est nul.

Les primes échues jusqu'au moment où l'assureur a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude intentionnelles lui sont dues ».

L'article 11 précité consacre le principe de la déclaration spontanée du risque par le preneur d'assurance, lequel doit prendre l'initiative de la déclaration et indiquer spontanément à l'assureur les circonstances qu'il connaît et qui sont de nature à avoir une influence sur son opinion du risque.

Le preneur d'assurance a l'obligation de déclarer exactement, lors de la conclusion du contrat, toutes les circonstances connues de lui et qu'il doit raisonnablement considérer comme constituant pour l'assureur des éléments d'appréciation du risque. Toutefois, il ne doit pas déclarer à l'assureur les circonstances déjà connues de celui-ci ou que celui-ci devrait raisonnablement connaître. En assurances de personnes la même obligation incombe à l'assuré dans la mesure où des renseignements sont sollicités de sa part.

C'est à l'assureur qu'il incombe de prouver que l'élément sur lequel il n'a pas été informé était pour lui un facteur d'appréciation du risque, que le preneur pouvait raisonnablement le considérer comme tel et qu'il en avait connaissance. La charge de la preuve du caractère intentionnel du manquement incombe également à l'assureur.

En cas d'omission ou d'inexactitude intentionnelles, le contrat d'assurance est nul.

Il n'est pas requis que la circonstance omise ou inexactement déclarée ait eu une influence sur la survenance du sinistre (Cour d'appel de Liège, 3^{ème} chambre C, 16 mars 2022, RJLMB, 2022/42- 16 décembre 2022).

Il ressort des pièces soumises au Tribunal qu'en date du 17 novembre 2005, PERSONNE1.) et son épouse PERSONNE3.) ont signé les conditions particulières de l'assurance « SOCIETE6.) » et ce faisant conclu un contrat d'assurance avec SOCIETE3.). Il s'agit plus précisément d'un contrat d'assurance composé d'une garantie principale « Solde restant dû » et d'une garantie complémentaire « Assurance complémentaire contre le risque d'invalidité – Capital décroissant » avec effet au 1^{er} décembre 2005 et terme au 1^{er} décembre 2020.

Le contrat a été signé par PERSONNE1.) et PERSONNE3.) en qualité d'assurés.

L'article 1135-1 du Code civil soumet l'opposabilité des conditions générales à une exigence cumulative de connaissance et d'acceptation desdites conditions générales.

Ces exigences ne font pas difficulté lorsque les conditions générales sont reprises dans le document contractuel signé, ou annexées au contrat et qu'une mention claire renvoie à cette annexe (cf. CA, 10 janvier 2018, P.38, p.664).

Tel est le cas en l'espèce.

Il est précisé au chapitre 6 des conditions générales que « *lors de la conclusion du contrat, le **preneur d'assurance** et l'**assuré** doivent déclarer exactement toutes les circonstances constituant pour la **Compagnie** des éléments d'appréciation du risque. En cas d'omission ou d'inexactitude intentionnelles ayant induit la **Compagnie** en erreur sur les éléments d'appréciation du risque, le contrat est nul et les primes échues jusqu'au moment où la **Compagnie** a eu connaissance de cette omission ou inexactitude lui restent dues. En cas d'omission ou d'inexactitude non intentionnelles, la **Compagnie** peut, endéans le délai d'un an à dater de la prise d'effet du contrat, proposer de le modifier ou de le résilier si elle apporte la preuve qu'elle n'aurait en aucun cas assuré le risque ou si la proposition de modification du contrat n'a pas été acceptée voire refusée par le **preneur d'assurance**. Toutefois, en cas de déclaration inexacte relative à l'âge de l'**assuré**, les garanties assurées sont augmentées ou réduites en fonction de l'âge réel qui aurait dû être pris en considération. »*

Il s'en suit que les conditions générales reprennent les principes posés par les articles 11 et 12 de la loi modifiée du 27 juillet 1997.

Il s'agit partant d'examiner si les déclarations de PERSONNE1.) doivent ou non être considérées comme des déclarations sciemment inexactes. Il appartient à la société SOCIETE3.) de démontrer la mauvaise foi de l'assuré.

Il est indiqué dans les conditions particulières que « *le contrat a été établi d'après les renseignements communiqués dans les formalités médicales requises et dans la*

proposition d'assurance dont un exemplaire a été remis aux preneurs d'assurance. Les preneurs déclarent avoir pris connaissance des Conditions Générales du présent contrat (Réf. CG OpusLife Ed.09/05) ainsi qu'avoir eu communication des informations nécessaires à la conclusion du contrat conformément à la loi du 27 juillet 1997 sur le contrat d'assurance.

Il résulte du chapitre 2 des conditions générales intitulé « Documents contractuels » que « le contrat d'assurance (...) est constitué des documents contractuels suivants :

- la **proposition d'assurance** et autres **questionnaires** reprenant les caractéristiques de l'assurance et les éléments d'appréciation du risque. Elle est remplie et signée par le **preneur d'assurance** et l'**assuré** ;
- les **Conditions Générales** définissant les droits et obligations des intervenants au contrat ;
- les **Conditions Particulières** personnalisant chaque contrat et contenant notamment les éléments d'appréciation du risque tels que ceux relatifs au preneur d'assurance, à l'assuré, aux garanties couvertes, aux sommes assurées, à la durée du contrat, etc. ;
- l'annexe relative aux dispositions applicables aux **preneurs d'assurance** non résidents luxembourgeois, le cas échéant,
- les **avenants** ultérieurs actant les éventuelles modifications apportées au contrat. »

Il ressort du questionnaire de santé « OpusLife » du 11 novembre 2005 que PERSONNE1.) a coché « Non » en réponse aux questions par rapport à l'atteinte d'affections médicales, à part une relative aux examens de laboratoire. Il a notamment coché « Non » à la question de savoir s'il était atteint d'affections « k) Neuropsychiques, psychiatriques ».

SOCIETE3.) verse aux débats une expertise psychiatrique concernant PERSONNE1.) qui a été réalisée par le docteur PERSONNE4.) suite à un jugement du Conseil Arbitral des Assurances Sociales du 19 août 2009 ainsi qu'une expertise neuropsychiatrique réalisée par le docteur PERSONNE5.) suite à l'ordonnance n°2020TAL REFO/00423 du 23 octobre 2020.

Dans son rapport daté du 7 janvier 2010, le docteur PERSONNE4.) procède à un rappel de l'historique procédural impliquant PERSONNE1.). Il indique notamment qu'en date du 22 mars 2005, PERSONNE1.) aurait présenté une demande tendant à l'obtention d'une pension d'invalidité et que cette demande aurait été rejetée le 25 novembre 2005.

En ce qui concerne l'état psychiatrique de PERSONNE1.), le docteur PERSONNE4.) se réfère dans son rapport à un certificat médical du docteur PERSONNE6.) du 14 mars 2005 suivant lequel :

« Monsieur PERSONNE7.) se trouve en traitement psychiatrique régulier par mes soins depuis le mois de septembre 2003 pour les problèmes suivants :

- *Psychose maniacodépressive bipolaire avec symptômes psychotiques,*
- *Troubles du comportement secondaires,*
- *Structure de personnalité névrotique.*

... Une amélioration rapide et substantielle de l'évolution de cette PMD à cycles rapides est peu certaine ».

Le docteur PERSONNE4.) mentionne également un autre certificat médical du docteur PERSONNE6.) du 18 avril 2007 suivant lequel « ... se trouve en traitement psychiatrique régulier par mes soins depuis le mois de septembre 2003 pour les problèmes suivants :

- *Psychose maniacodépressive à cycles rapides,*
- *Problèmes de comportement secondaires,*
- *Problèmes relationnels ».*

Le docteur PERSONNE5.) y fait également référence dans son rapport du 6 avril 2021.

Le docteur PERSONNE4.) note que « *Auf Befragung führt der Untersuchte zwei stationäre Behandlungen in der Klinik St. Louis im Jahre 1990 und 1995 an. Behandelnder Arzt war Dr. C. PERSONNE8.). Er sei auf Schlafstörungen behandelt worden. Ab 2002 habe er an Depressionen gelitten (...)* ».

Le docteur PERSONNE5.) précise que « *Monsieur PERSONNE7.) explique que sa maladie a débuté vers 2000. Il a connu 2 hospitalisations à la clinique Saint Louis auparavant qui étaient dues à des troubles du sommeil, mais qui à l'époque n'étaient pas diagnostiquées comme faisant partie d'une symptomatologie maniacodépressive. Depuis 2003 Monsieur PERSONNE7.) cependant est en traitement régulier auprès du Dr PERSONNE6.), psychiatre ou le diagnostic d'un trouble bipolaire a été posé* ».

Le docteur PERSONNE5.) conclut qu'on peut « *retenir chez Monsieur PERSONNE7.) « documenté depuis au moins 2003 » un trouble bipolaire du type II ICD10 F31.8.* »

Il résulte du jugement du Conseil Arbitral des Assurances Sociales du 5 mai 2010 que PERSONNE1.) est invalide au sens de la loi et qu'il a droit le droit de bénéficier d'une pension d'invalidité. Le Conseil Arbitral des Assurances Sociales précise qu'il « *déduit des conclusions claires et précises de l'expert nommé en cause (...) qu'en raison de la nature, des manifestations cliniques et des répercussions fonctionnelles des affections principalement psychique et, dans une moindre mesure, ostéoarticulaire, lesquelles étaient à sanctionner d'un taux d'incapacité permanente partielle de 60% pour la première et de 10% pour la seconde, le requérant ne disposait plus de forces ni d'aptitudes pour exercer une activité sur le marché de l'emploi.* »

PERSONNE1.) expose qu'il n'aurait pas pu savoir qu'il souffrait de problèmes neuropsychiques ou psychiatriques et qu'il n'aurait pas pu intentionnellement répondre « non » à la question relative au suivi psychiatrique.

Il échet de constater que PERSONNE1.) se trouve en traitement psychiatrique régulier depuis le mois de septembre 2003 chez le docteur PERSONNE6.) pour des problèmes dont la psychose maniacodépressive bipolaire avec symptômes psychotiques, de sorte qu'il en souffrait au moment de l'accomplissement du formulaire médicale, voire de la conclusion du contrat avec SOCIETE3.).

Il ressort également du rapport du docteur PERSONNE4.) qu'en date du 22 mars 2005, soit avant de remplir le formulaire médical et avant la conclusion du contrat avec SOCIETE3.), PERSONNE1.) avait introduit un recours devant le Conseil arbitral des assurances sociales tendant à l'obtention d'une pension d'invalidité.

Alors que le docteur PERSONNE5.) note dans son rapport que « *le trouble bipolaire II à cycles rapides n'a pas permis à Monsieur PERSONNE9.) de prendre les décisions et de faire des démarches nécessaires en vue de la défense de ses intérêts, notamment en faisant judiciairement valoir ses droits acquis par la signature en date du 27.11.2005 d'une assurance complémentaire contre le risque d'invalidité* », il ne résulte aucunement des rapports psychiatriques précités que PERSONNE1.) aurait été et serait incapable de comprendre qu'il est atteint d'une maladie psychiatrique.

Bien au contraire, le docteur PERSONNE4.) note dans son rapport du 7 janvier 2010 que « *Der Untersuchte ist bei der Exploration voll orientiert und bewusstseinsklar. Es fällt auf, dass er etwas schnell und viel spricht, er neigt zum Ausschweifen und hat des Öfteren Probleme Fragen direkt zu beantworten. Andererseits kann er sehr aufmerksam sein, in seinen Unterlagen hatte er zum Beispiel festgestellt, dass die UCM ihm innerhalb von drei Tagen zweimal denselben Bescheid zugestellt hatte, unterzeichnet von zwei verschiedenen Beamten.*»

Il indique également que « *Der Untersuchte ist auch in der Lage kritische Bemerkungen zum laufenden Verfahren zu machen, er scheint sich eingehend mit den Unterlagen beschäftigt zu haben. Andererseits hat er Schwierigkeiten sein Verhalten kritisch zu beleuchten, er nimmt nur wenig Notiz von den Bemerkungen seiner Ehefrau in Bezug auf inadäquates Verhalten, es scheint ihn weiter nicht zu berühren* », ce qui est repris par le docteur PERSONNE5.) dans son rapport du 6 avril 2021.

Le docteur PERSONNE5.) précise à ce sujet que « *Monsieur PERSONNE7.) est bien orienté dans le temps et l'espace. Sa présentation est correcte. Au moment de mon examen il a l'air abattu. Il répond cependant d'une façon spontanée à toutes les questions. On ne note pas de destruction du langage ni du cours de la pensée* ».

Il s'ensuit que PERSONNE1.) ne saurait faire valoir qu'il n'aurait pas été au courant ni conscient de sa maladie psychiatrique et qu'il aurait légitimement pu répondre « non » à la question relative au suivi psychiatrique en novembre 2005. Il s'agit partant d'une omission intentionnelle.

Le requérant fait également valoir, au visa de l'article L.111-1 du Code de la consommation, qu'il n'aurait pas été informé de l'importance du questionnaire de santé et l'impact de ce questionnaire sur le risque assuré.

L'article L.111-1 (1) du Code de la consommation dispose qu'« *avant la conclusion de tout contrat, le professionnel doit mettre, de façon claire et compréhensible, le consommateur en mesure de connaître les caractéristiques essentielles des biens ou services, y compris des contenus numériques et des services numériques, qu'il propose* ».

Il y a lieu de constater que les conditions particulières signées par le requérant et son épouse en date du 17 novembre 2005 indiquent que « *le contrat a été établi d'après les renseignements communiqués dans les formalités médicales requises (...)* » et les conditions générales, acceptées et communiquées au requérant, précisent que « *lors de la conclusion du contrat, le **preneur d'assurance** et l'**assuré** doivent déclarer exactement toutes les circonstances constituant pour la **Compagnie** des éléments d'appréciation du risque* ». De même, le questionnaire de santé « OpusLife » indique que « *ce questionnaire sert de base à l'évaluation et l'acceptation du contrat. Il est donc de la plus haute importance que vous le remplissiez **PERSONNELLEMENT** et que vous répondiez clairement à toutes les questions pour éviter toute contestation future* ».

Le Tribunal constate également que les questions contenues dans ce questionnaire de santé et notamment la question « *Etes-vous ou avez-vous été atteint d'affections : (...) k) Neuropsychiques, psychiatriques ?* » sont claires et ne posent aucune difficulté de compréhension.

Au vu de ce qui précède, le Tribunal est d'avis que PERSONNE1.) a bien été informé par SOCIETE3.) de l'importance du questionnaire de santé et qu'il ne pouvait ignorer que ce questionnaire constituait un élément important d'appréciation du risque pour SOCIETE3.). Il n'existait en outre aucun obstacle à la bonne compréhension des questions posées.

PERSONNE1.) invoque encore les articles L.121-1, L.121-2, L.121-3, L.122-1, L.122-2 et L.122-3 du Code de la consommation et soutient qu'SOCIETE3.) se serait adonnée à une pratique commerciale déloyale à son égard, en ce qu'elle ne l'aurait pas informé de l'importance du questionnaire médical et des conséquences du questionnaire sur le risque assuré par le contrat.

L'article L.122-1 du Code de la consommation dispose que « *(1) les pratiques commerciales déloyales sont interdites. (2) Une pratique commerciale est déloyale si a) elle est contraire aux exigences de la diligence professionnelle et b) elle altère ou est susceptible d'altérer de manière substantielle le comportement économique, par rapport au produit, du consommateur moyen qu'elle touche ou auquel elle s'adresse, ou du membre moyen du groupe lorsqu'une pratique commerciale est ciblée vers un groupe particulier de consommateurs.* »

Au vu de ce qui vient d'être exposé ci-dessus, le Tribunal constate qu'SOCIETE3.) ne s'est pas adonnée à une pratique commerciale déloyale à l'égard de PERSONNE1.).

Le requérant indique qu'un jugement du 1^{er} février 1999, n°69171 du rôle, aurait retenu que concernant un contrat d'assurance « *solde restant dû* », *le fait que l'assuré était invalide au moment de la conclusion du contrat, ne supprime pas le risque, mais le modifie* » et en conclut que le contrat d'assurance ne serait pas à déclarer nul, mais qu'il faudrait le modifier en excluant le risque lié à la pathologie psychiatrique.

Il échet tout d'abord de constater que ce n'est que par jugement du Conseil Arbitral des Assurances Sociales du 5 mai 2010 que PERSONNE1.) a été déclaré invalide au sens de la loi et qu'il s'est vu reconnaître le droit de bénéficier d'une pension d'invalidité, de sorte qu'il n'était pas invalide au moment de remplir le formulaire et de la conclusion du contrat en novembre 2005.

Il y a également lieu de constater que le formulaire médical ne se rapportait pas uniquement à l'assurance complémentaire contre le risque d'invalidité, mais également à la garantie principale de l'assurance « *solde restant dû* », de sorte que des fausses déclarations concernant le formulaire médical ont induit SOCIETE3.) en erreur sur les éléments d'appréciation du risque concernant l'ensemble de l'assurance. Il n'y a partant pas lieu de modifier le contrat d'assurance en excluant le risque lié à la pathologie psychiatrique.

Il échet partant de constater, qu'en cochant « *Non* » à la question « *Etes-vous ou avez-vous été atteint d'affections : (...) k) Neuropsychiques, psychiatriques ?* », PERSONNE1.) a intentionnellement dissimulé sa pathologie à l'assureur.

Cette déclaration erronée a nécessairement eu une incidence sur l'appréciation du risque par l'assureur qui était maintenu dans l'ignorance des affections dont est atteint PERSONNE1.).

PERSONNE1.) ne soutient au demeurant pas que le contrat devait être au moins partiellement maintenu au bénéfice de son épouse PERSONNE3.).

Au vu des considérations qui précèdent, SOCIETE3.) est fondée à solliciter la nullité du contrat d'assurance du 17 novembre 2005.

La dissimulation du problème psychiatrique entraîne à elle seule la nullité du contrat, sans qu'il y ait besoin d'analyser la véracité des autres réponses données au formulaire médicale.

Il y a partant lieu de prononcer la nullité du contrat d'assurance conclu entre SOCIETE3.) et PERSONNE1.) et son épouse PERSONNE3.) en date du 17 novembre 2005.

En raison de la nullité du contrat d'assurance, PERSONNE1.) est à débouter de ses demandes.

Il n'y pas lieu d'analyser les autres moyens avancés par les parties.

Quant aux demandes accessoires

Frais et honoraires d'avocat

PERSONNE1.) demande l'allocation de 38.058,70 euros dont 35.801,15 euros (3.510,00 + 2.925,00 + 3.510,00 + 3.480,00 + 2.900,00 + 16.551,15 + 2.925,00) à titre de frais et honoraires d'avocat.

Il y a lieu de rappeler que la circonstance que l'article 240 du Nouveau Code de procédure civile permet au juge, sur le fondement de l'équité, d'allouer à une partie un certain montant au titre des sommes non comprises dans les dépens, dont les honoraires d'avocat, n'empêche pas une partie de réclamer ces honoraires au titre de réparation de son préjudice sur base de la responsabilité contractuelle ou délictuelle, à condition d'établir les éléments conditionnant une telle indemnisation, à savoir une faute, un préjudice et une relation causale entre la faute et le préjudice.

En effet, par arrêt du 9 février 2012, la Cour de cassation (rôle n°5/12) a condamné la solution de droit français suivant laquelle les frais et honoraires d'avocat ne constituent pas un préjudice réparable au titre de la responsabilité civile. Suivant cette décision, les frais et honoraires d'avocat peuvent donner lieu à indemnisation sur base de la responsabilité civile de droit commun en dehors de l'indemnité de procédure. La Cour a, en effet, retenu que les frais non compris dans les dépens, donc également les honoraires d'avocat, constituent un préjudice réparable et peuvent être remboursés sur base de la responsabilité pour faute des articles 1382 et 1383 du Code civil.

Il est rappelé qu'il est de principe aujourd'hui que les honoraires que le justiciable doit exposer pour obtenir gain de cause en justice constituent un préjudice réparable qui trouve son origine dans la faute de la partie qui succombe.

Il y a lieu de constater que PERSONNE1.) ne prouve aucune faute dans le chef d'SOCIETE3.), de sorte qu'il est à débouter de sa demande.

Indemnité de procédure

PERSONNE1.) demande à ce qu'SOCIETE3.) et SOCIETE5.) soient condamnées à lui payer une indemnité de procédure de 2.500,00 euros sur base de l'article 240 du Nouveau Code de procédure civile. SOCIETE5.) demande que la partie demanderesse sur intervention soit condamnée à lui payer une indemnité de procédure de 5.000,00 euros sur base de l'article 240 du Nouveau Code de procédure civile.

Dans ses dernières conclusions de synthèse SOCIETE3.) se limite à opérer un renvoi à ses conclusions antérieures et ne formule pas de demande en allocation d'une indemnité de procédure au sens de l'article 240 du Nouveau Code de procédure civile.

Sur ce point, le Tribunal tient à rappeler que s'agissant d'une procédure soumise au formalisme de l'article 194 du Nouveau Code de procédure civile aux termes duquel « *Avant la clôture de l'instruction, les parties notifieront des conclusions de synthèse qui reprendront les prétentions et moyens présentés ou invoqués dans leurs conclusions antérieures. À défaut, elles sont réputées les avoir abandonnés et le tribunal ne statuera que sur les dernières conclusions notifiées* », le Tribunal prendra uniquement en considération les conclusions de synthèses versées de part et d'autre par les parties. Toutes les demandes et tous les moyens ainsi que les faits, non-réitérés dans ces dernières conclusions versées en cause, sont censés irrémédiablement abandonnés et ne seront pas pris en considération.

Aux termes de l'article 240 du Nouveau Code de procédure civile, lorsqu'il apparaît inéquitable de laisser à la charge d'une partie les sommes exposées par elle et non comprises dans les dépens, le juge peut condamner l'autre partie à lui payer le montant qu'il détermine. L'application de l'article 240 du Nouveau Code de procédure civile relève du pouvoir discrétionnaire du juge (Cour de cassation française, 2ème chambre civile, arrêt du 10 octobre 2002, Bulletin 2002, II, n° 219, p. 172, arrêt du 6 mars 2003, Bulletin 2003, II, n° 54, p. 47 ; Cour de cassation, 2 juillet 2015, Arrêt N° 60/15, JTL 2015, N° 42, page 166).

Au vu de l'issue du litige et à défaut de preuve de l'iniquité requise pour l'application de l'article 240 du Nouveau Code de procédure civile, les demandes respectives en allocation d'une indemnité de procédure sont à rejeter.

Frais et dépens

PERSONNE1.) demande l'allocation de 38.058,70 euros dont 2.257,55 euros (108,13 + 149,42 frais d'assignation + 2.000 frais d'expertise) à titre de frais et dépens.

Aux termes de l'article 238 du Nouveau Code de procédure civile, toute partie qui succombera sera condamnée aux dépens.

Au vu de l'issue du litige, il y a lieu de condamner PERSONNE1.) aux frais et dépens de l'instance, avec distraction au profit de Maître Franz SCHILTZ qui affirme en avoir fait l'avance pour SOCIETE5.).

Par ces motifs

le Tribunal d'arrondissement de et à Luxembourg, dixième chambre, siégeant en matière civile, statuant contradictoirement,

statuant en continuation du jugement civil numéro 2024TALCH10/00111 du 5 juillet 2024,

déclare fondée l'exception de nullité du contrat d'assurance du 17 novembre 2005 soulevée par la société anonyme SOCIETE1.) S.A.,

déclare nul le contrat d'assurance conclu le 17 novembre 2005 entre PERSONNE1.), PERSONNE3.) et la société anonyme SOCIETE1.) S.A,

partant déboute PERSONNE1.) de ses demandes à l'encontre de la société anonyme SOCIETE1.) S.A.,

déclare non fondée la demande de PERSONNE1.) en allocation d'une indemnité à titre de remboursement des frais et honoraires d'avocat,

déclare non fondée la demande de PERSONNE1.) en allocation d'une indemnité de procédure au sens de l'article 240 du Nouveau Code de procédure civile,

déclare non fondée la demande de la SOCIETE4.) S.A. en allocation d'une indemnité de procédure au sens de l'article 240 du Nouveau Code de procédure civile,

condamne PERSONNE1.) à tous les frais et dépens de l'instance, avec distraction au profit de Maître Franz SCHILTZ pour la part qui le concerne et qui affirme en avoir fait l'avance.