Texte pseudonymisé

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

Jugement civil no 2024TALCH11/00005 (XIe chambre)

Audience publique du vendredi, douze janvier deux mille vingt-quatre.

Numéro 157988 du rôle

Composition :

Paule MERSCH, vice-président,
Stéphane SANTER, premier juge,
Claudia HOFFMANN, juge,
Giovanni MILLUZZI, greffier assumé.

ENTRE :

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

partie demanderesse aux termes d'un acte d'assignation de l'huissier de justice Yves TAPELLA d'Esch-sur-Alzette du 30 octobre 2013,

partie défenderesse sur reconvention,

ayant initialement comparu par Maître Tania HOFFMANN, avocat à la Cour, demeurant à Luxembourg, comparant actuellement par Maître Christiane GABBANA, avocat à la Cour, demeurant à Luxembourg,

ET :

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

partie défenderesse,

partie demanderesse par reconvention,

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

2.) la SOCIETE2.), établie et ayant son siège social à L-ADRESSE3.), représentée par son comité directeur actuellement en fonctions, inscrite au Registre de commerce et des sociétés de Luxembourg sous le numéro NUMERO2.),

partie défaillante,

partie défenderesse aux fins du prédit acte d'assignation TAPELLA.

LE TRIBUNAL

Vu l'ordonnance de clôture du 16 juin 2023.

Entendu Monsieur le premier juge Stéphane SANTER en son rapport oral à l'audience publique du 17 novembre 2023.

Vu les conclusions de Maître Tania HOFFMANN.

Vu les conclusions de Maître Christiane GABBANA, avocat constitué.

Vu les conclusions de Maître Romain ADAM, avocat constitué.

L'affaire a été prise en délibéré à l'audience du 17 novembre 2023 conformément à l'article 227 du Nouveau Code de procédure civile par Monsieur le premier juge Stéphane SANTER, délégué à ces fins.

ANTÉCÉDENTS PROCÉDURAUX

Il y a lieu de rappeler que par assignation du 30 octobre 2013, PERSONNE1.), mère de PERSONNE2.), décédée en date du 9 juillet 2010, a demandé à voir condamner la société SOCIETE1.) à lui payer le montant de 95.176,76 euros sur base d'un contrat d'assurance solde restant dû souscrit par PERSONNE2.) en date du 17 janvier 2002 en vue d'assurer un prêt souscrit auprès de la SOCIETE2.).

La compagnie d'assurances SOCIETE1.) s'est opposée à la demande de PERSONNE1.), alors que PERSONNE2.) aurait, en substance, fait une fausse déclaration de santé, entraînant ainsi la nullité du contrat d'assurance.

Par jugement numéro 43/16 rendu en date du 2 mars 2016, le Tribunal a jugé qu'afin de pouvoir trancher le présent litige, il serait primordial d'établir si antérieurement à la signature de la déclaration de santé, PERSONNE2.) était atteinte de pathologies, notamment psychiatriques, qu'elle n'a pas déclarées à la société SOCIETE1.).

Le Tribunal a ordonné à ces fins une expertise et nommer expert le Docteur Claude BOLLENDORF.

En date du 17 février 2019, le Docteur Claude BOLLENDORF a déposé son rapport.

La compagnie d'assurances SOCIETE1.) a conclu à l'annulation du rapport de l'expert BOLLENDORF.

En date du 20 mars 2020, le Tribunal a rendu un jugement numéro 2020TALCH11/00053 dont le dispositif est conçu comme suit :

« *PAR CES MOTIFS*

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

statuant en continuation du jugement no 43 / 16 du 2 mars 2016,

dit qu'il n'y a pas lieu à annulation du rapport d'expertise du Docteur Claude BOLLENDORFF du 17 février 2019,

avant tout autre progrès en cause, nomme nouvel expert le

Docteur Marc HAMEN
111, rue des Maraîchers
L-2124 Luxembourg

avec la mission de se prononcer sur l'état de santé de feu PERSONNE2.) lors de la signature de la déclaration de santé du 13 décembre 2001 en ayant recours à ses médecins traitants de l'époque et de déterminer en particulier si feu PERSONNE2.) souffrait de pathologies psychiatriques avant cette date,

charge Monsieur le juge Stéphane SANTER du contrôle de cette mesure d'instruction,

fixe la provision à valoir sur les honoraires et frais de l'expert à la somme de 1.000.- euros,

ordonne à la société anonyme SOCIETE1.) de payer le montant de 1.000.- euros à l'expert à titre de provision à faire valoir sur la rémunération de ce dernier et d'en justifier au greffe du Tribunal, sous peine de poursuite de l'instance selon les dispositions de l'article 468 du Nouveau Code de procédure civile,

dit que l'expert devra en toutes circonstances informer ledit magistrat de la date de ses opérations, de l'état desdites opérations et des difficultés qu'il pourra rencontrer,

dit que si ses honoraires devaient dépasser le montant de la provision versée, il devra en avertir ledit magistrat et ne continuer ses opérations qu'après consignation d'une provision supplémentaire,

dit que l'expert déposera son rapport au greffe du Tribunal après paiement de la provision, au plus tard le 20 juillet 2020,

réserve le surplus,

tient l'affaire en suspens. »

PRÉTENTIONS ET MOYENS DES PARTIES

Suite au dépôt du rapport de l'expert HAMEN, les parties au litige ont conclu de la manière suivante.

PERSONNE1.) a d'emblée conclu principalement à la nullité du rapport d'expertise HAMEN, alors que l'expert n'aurait ni joint les observations des parties à son adresse, ni fait mention de leurs observations dans son rapport.

Concrètement, elle lui reproche que malgré le fait qu'elle l'a informé par courriel du 11 mai 2021 que le médecin traitant de PERSONNE2.) était le Docteur PERSONNE3.), l'expert HAMEN n'aurait pas contacté ce dernier dans le cadre de ses opérations d'expertise.

Elle lui reproche également de ne pas avoir joint le rapport d'hospitalisation du Docteur PERSONNE4.) au rapport d'expertise, alors que l'expert se serait largement basé sur ce rapport, de sorte qu'aucune discussion contradictoire n'aurait été possible.

À titre subsidiaire, elle a fait valoir qu'il ne serait pas établi que PERSONNE2.) aurait eu des antécédents psychiatriques avant la déclaration de santé du 13 décembre 2001.

Elle maintient partant sa demande à voir condamner la compagnie d'assurances SOCIETE1.) à lui payer le montant de 95.176,76 euros avec les intérêts tels que de droit à compter de la demande en justice.

Elle augmente sa demande en réparation du préjudice moral au montant de 10.000 euros et sa demande en allocation d'une indemnité de procédure au montant de 6.000 euros.

La compagnie d'assurances **SOCIETE1.)** s'oppose à la nullité du rapport d'expertise HAMEN. À titre subsidiaire, elle demande à voir ordonner un complément d'expertise, sinon à voir enjoindre à l'expert HAMEN, sinon au Docteur PERSONNE4.), de déposer le rapport d'hospitalisation du Docteur PERSONNE4.).

Renvoyant à l'article 58 du Nouveau Code de procédure civile et à l'article 1315 du Code civil, la compagnie d'assurances SOCIETE1.) fait valoir qu'il appartiendrait à PERSONNE1.) de rapporter la preuve des éléments nécessaires au succès de sa prétention.

Or, les conclusions de l'expert HAMEN corroboreraient en substance celles du rapport de l'année 2011 du Docteur PERSONNE5.), médecin-conseil de la compagnie d'assurances SOCIETE1.).

PERSONNE2.) n'aurait ainsi pas déclaré tous ses antécédents médicaux lors de la conclusion du contrat d'assurance-vie. En application de l'article 12 de la loi du 27 juillet 1997 sur le contrat d'assurance, le contrat du 17 janvier 2002 serait à déclarer nul et la demande de PERSONNE1.) en exécution dudit contrat serait à rejeter.

À titre plus subsidiaire, elle réitère sa demande quant à un complément d'expertise, ainsi que son offre de preuve par audition de témoins telle que formulée dans ses conclusions du 31 janvier 2014, sinon à voir enjoindre aux organismes de la sécurité sociale de verser l' « historique patient » de PERSONNE2.) au moins jusqu'à la date de souscription du contrat d'assurance.

Quant au préjudice moral réclamé par PERSONNE1.), la compagnie d'assurances SOCIETE1.) fait valoir que cette demande ne serait nullement justifiée.

PERSONNE1.) y oppose que contrairement à ce que fait valoir la compagnie d'assurances SOCIETE1.), la charge de la preuve des conditions d'annulation du contrat d'assurance pèserait sur cette dernière. Renvoyant aux dispositions des

articles 11 et 12 de la loi du 27 juillet 1997 sur le contrat d'assurances, il appartiendrait en effet à la compagnie d'assurances SOCIETE1.) de prouver les trois éléments cumulatifs suivants :

- l'inexactitude de la déclaration de santé du 13 décembre 2001,
- l'intention de tromper dans le chef de PERSONNE2.),
- en cas d'établissement de ces éléments, l'induction en erreur dans le chef de la compagnie d'assurances SOCIETE1.) sur les éléments d'appréciation du risque.

Or, le rapport du Docteur HAMEN n'établirait pas avec certitude l'existence de pathologies, notamment psychiatriques, dont aurait été atteinte PERSONNE2.) en 2001.

Il ne serait aucunement établi que PERSONNE2.) aurait été dépendante aux benzodiazépines en 2001 ou qu'elle aurait été atteinte d'un trouble schizo-affectif en 2001, respectivement que si elle avait déjà été atteinte d'un tel trouble en 2001, que ce trouble se soit manifesté en 2001 ou antérieurement, respectivement qu'elle aurait eu conscience qu'elle en serait atteinte en 2001. Il n'y aurait en l'espèce aucune trace d'un trouble schizo-affectif avant ou après l'année 2001 ou d'une dépendance à des « drogues » ou des benzodiazépines.

Elle fait également valoir, en substance, que les déclarations faites par PERSONNE2.) au Docteur PERSONNE4.) seraient à relativiser. Le rapport du Docteur PERSONNE4.) aurait été établi deux mois après la sortie de PERSONNE2.) et il serait dès lors sujet à caution quant à ce que le Docteur PERSONNE4.) se serait rappelée de ce que lui aurait été déclarée par PERSONNE2.) et retranscrit dans le compte-rendu. Il serait également sujet à caution quant à la véracité de ses déclarations, alors qu'un trouble schizo-affectif se manifesterait notamment par une désorganisation de la pensée et de la parole, à savoir une perception altérée de la réalité et des convictions fausses auxquelles le sujet adhère totalement sans s'en rendre compte.

D'ailleurs, au chapitre intitulé « situation psychosociale », l'emploi du temps conditionnel marquerait le doute du Docteur PERSONNE4.) sur la véracité des déclarations qui lui auraient été faites par PERSONNE2.).

Quant aux hospitalisations de longue durée aux États-Unis, celles-ci seraient contestées et rien ne permettrait d'affirmer, dans les circonstances données et eu égard au trouble schizo-affectif, que de telles hospitalisations correspondent à la réalité. Rien ne permettrait de savoir ce que PERSONNE2.) aurait entendu par le terme « drogues », alors que ce terme serait également employé en anglais pour désigner des médicaments.

En second lieu, la preuve que PERSONNE2.) aurait intentionnellement fait des déclarations inexactes à l'assureur ne serait pas rapportée.

En troisième lieu, l'induction en erreur de la compagnie d'assurances SOCIETE1.) quant aux éléments d'appréciation ne serait pas rapportée.

Dans ce cadre, PERSONNE1.) indique qu'aucune des questions figurant à la déclaration de santé n'évoqueraient de près ou de loin l'hypothèse de troubles psychiatriques.

Elle prend encore plus amplement position quant aux questions n° 4, 11, 12, 16 et 18 de la déclaration de santé litigieuse, auxquelles PERSONNE1.) a répondu par la négative.

La demande d'annulation par la compagnie d'assurances SOCIETE1.) du contrat d'assurance litigieux serait partant à rejeter.

PERSONNE1.) s'oppose également au complément d'expertise demandé par la compagnie d'assurances SOCIETE1.) et à son offre de preuve par l'audition de témoins, ainsi qu'à la demande d'injonction aux organismes de la sécurité sociale.

La compagnie d'assurances **SOCIETE1.)** indique, quant à la charge de la preuve, qu'elle devrait rapporter la preuve que PERSONNE2.) n'aurait au moment de la conclusion de la police d'assurance, pas fourni des informations complètes et sincères, que ces omissions, voire inexactitudes auraient été intentionnelles et que ces éléments omis ou inexactes auraient été susceptibles d'aggraver l'opinion du risque à assurer.

Or, ces trois éléments seraient rapportés en l'espèce.

Le rapport d'hospitalisation du Docteur PERSONNE4.), sur lequel s'est essentiellement basé l'expert HAMEN, confirmerait l'existence d'antécédents multiples qui remonteraient à une période bien antérieure à la déclaration de santé du 13 décembre 2001.

Les conclusions de l'expert HAMEN concorderaient avec celles du Docteur PERSONNE5.), médecin-conseil de la compagnie d'assurances SOCIETE1.).

Les constats des médecins, tels que relatés à travers le rapport d'expertise judiciaire HAMEN, établiraient donc à suffisance que PERSONNE2.) aurait souffert de pathologies psychiatriques avant le 13 décembre 2001.

Le fait que le Docteur PERSONNE4.) n'aurait traité PERSONNE2.) qu'en 2008 ne l'aurait pas empêché d'établir un rapport portant également sur ses antécédents médicaux.

Les rapports médicaux versés à l'instance n'établiraient aucun lien entre l'accident de la circulation de 2008 et la dépendance de PERSONNE2.) aux benzodiazépines. Les conclusions tirées par PERSONNE1.) des articles versés en pièces n° 13 à 16 (il y a lieu de lire les pièces n° 9 à 12 d'une farde de 4 pièces de Maître GABBANA) seraient sans pertinence pour la preuve d'un tel lien. Ces pièces seraient partant à rejeter pour ne pas être pertinentes.

La compagnie d'assurances SOCIETE1.) indique que PERSONNE2.) aurait d'ailleurs été en traitement en 2001 auprès du Docteur PERSONNE6.), neuropsychiatre.

Il serait clair qu'avant la signature de la déclaration de santé, PERSONNE2.) aurait souffert d'une dépendance aux drogues, respectivement aux médicaments et de graves affections psychiques. Une dépendance serait manifestement un élément qui aurait dû être déclaré à l'assureur.

Les benzodiazépines, qui sont des anxiolytiques, seraient des médicaments et auraient en tant que tels dû être mentionnés par PERSONNE2.) à la question n° 4 de la déclaration de santé.

Il n'y aurait aucune raison de mettre en doute le rapport du Docteur PERSONNE4.), celui-ci ayant été dressé *in tempore non suspecto* et reprenant les déclarations de PERSONNE2.) elle-même.

Les d'hospitalisations et l'usage de drogues avant le 13 décembre 2001 seraient ainsi avérés. Les réponses données aux questions n° 12 et 18 ne laisseraient aucun doute quant à la fausse déclaration de la part de PERSONNE2.).

Elle renvoie encore au rapport du Docteur PERSONNE7.) qui serait catégorique quant à l'existence d'antécédents médicaux graves remontant à une période bien antérieure à la signature de la déclaration de santé litigieuse. Le Docteur PERSONNE7.) se serait renseigné auprès de cinq médecins traitants de PERSONNE2.), de sorte que l'existence de ces antécédents ne saurait être contestée.

Il résulterait partant clairement des rapports médicaux versés en cause qu'il existerait des éléments précis et concordants permettant de considérer que PERSONNE2.) n'aurait pas déclaré tous ses antécédents médicaux lors de la conclusion du contrat d'assurance-vie.

Quant au caractère intentionnel des inexactitudes, voire omissions, la compagnie d'assurances SOCIETE1.) fait valoir que conformément au principe de la déclaration spontanée du risque par l'assuré consacré à l'article 11 de la loi du 27 juillet 1997 sur le contrat d'assurance, il reviendrait à l'assuré de déclarer spontanément et exactement toutes les circonstances connues de lui ou qu'il devrait raisonnablement considérer comme constituant pour l'assureur des éléments d'appréciation du risque.

En l'occurrence, PERSONNE2.) aurait dû déclarer exactement toutes les circonstances à sa connaissance. Or, elle n'aurait pu ignorer qu'elle aurait eu des antécédents médicaux, dont des hospitalisations de longue durée, liées avant tout à la consommation de drogues et de médicaments, à partir de l'âge de 12 ans, pour lesquels elle aurait été suivie et traitée.

La compagnie d'assurances SOCIETE1.) prend encore plus amplement position quant aux questions n° 4, 11, 12, 16 et 18 de la déclaration de santé litigieuse. Ces questions auraient été claires de sorte que PERSONNE2.) n'aurait pu se

méprendre sur ce qu'il lui aurait été demandé. Avec son passé très lourd, elle n'aurait ainsi pas légitimement pu répondre par la négative à l'ensemble des questions posées.

Le fait de répondre par la négative à un questionnaire médical, en présence d'antécédents médicaux ou de maladies, serait manifestement à considérer comme omission intentionnelle. Les omissions de PERSONNE2.) témoigneraient de sa volonté délibérée et manifeste de cacher des éléments à l'assureur. PERSONNE2.) aurait ainsi commis une fausse déclaration, voire une rétention dolosive d'informations.

Il serait clair que PERSONNE2.) n'aurait pas pu ignorer ses antécédents médicaux, dont des hospitalisations de longue durée, liées avant tout à la consommation de drogues et de médicaments. Elle n'aurait ainsi pas répondu avec la sincérité requise aux questions posées dans la déclaration de santé.

Les questions posées auraient étés claires et précises de sorte que PERSONNE2.) n'aurait pu se méprendre sur les termes y employés, ni sur l'importance attachée par l'assureur à celles-ci. Il y aurait lieu de rejeter l'interprétation faite par PERSONNE1.) des questions contenues dans la déclaration de santé.

En outre, les mises en garde de la déclaration de santé seraient extrêmement claires à ce sujet. La plus grande précision aurait ainsi été requise au moment de remplir la déclaration de santé. PERSONNE2.) aurait manqué à son obligation de loyauté envers son assureur.

La compagnie d'assurances SOCIETE1.) fait encore valoir qu'elle n'aurait nullement été obligée de solliciter des informations complémentaires de la part de PERSONNE2.) et qu'elle aurait pu se fier aux déclarations du preneur d'assurance sans devoir le contrôler, aucun élément ne lui permettant de mettre en doute sa bonne foi.

Quant à l'importance des inexactitudes et/ou omissions pour l'appréciation du risque, la compagnie d'assurances SOCIETE1.) fait valoir qu'il ne ferait aucun doute qu'elle n'aurait pas contracté dans les mêmes conditions, si elle n'avait pas été induite en erreur par les déclarations de PERSONNE2.).

Le fait pour l'assureur d'ajouter un questionnaire détaillé, tel que la déclaration de santé, à la proposition d'assurance, démontrerait à suffisance que les questions d'ordre médical posées par lui constitueraient des éléments importants, voire décisifs d'appréciation du risque.

PERSONNE2.) aurait été atteinte de toute une panoplie de troubles psychiatriques très graves ayant nécessité non seulement un traitement médicamenteux et des consultations régulières, mais l'ayant même conduite à des internements en psychiatrie, de sorte qu'il n'aurait fait aucune doute qu'une déclaration sincère et complète dans le chef de PERSONNE2.) aurait conduit à une appréciation différente du risque à assurer, voire à un refus de couverture d'assurance.

En guise de comparatif, la compagnie d'assurances SOCIETE1.) renvoie à un dossier similaire recherché dans ses archives et qui aurait donné lieu à l'application d'une surprime à une candidate qui avait déclaré être suivie par un psychiatre et prendre un médicament.

Finalement, la compagnie d'assurances SOCIETE1.) rappelle que la cause du décès n'a aucune incidence sur l'issue de ce type de litige.

La compagnie d'assurances SOCIETE1.) estime qu'au vu des éléments du dossier, il ne ferait pas de doute que si elle avait eu connaissance de l'état de santé réel de PERSONNE2.), elle n'aurait pas conclu d'assurance ou du moins pas aux mêmes conditions.

Le contrat d'assurance serait partant à annuler et PERSONNE1.) serait à débouter de sa demande en allocation du montant de 95.176,76 euros.

À titre subsidiaire et au cas où le Tribunal devait considérer que le rapport du Docteur PERSONNE7.), conjointement avec le rapport de l'expert HAMEN, ne permettrait pas d'établir avec certitude la preuve de l'existence et/ou de l'envergure des antécédents non déclarés par PERSONNE2.), la compagnie d'assurances SOCIETE1.) renvoie aux dispositions des articles 1349 et 1353 du Code civil, ainsi qu'à un arrêt n° 66/2020 de la Cour de cassation du 7 mai 2020, pour faire valoir que le juge serait libre de fonder sa décision sur un ensemble d'éléments factuels constatés par l'expert et qu'il pourrait tirer ses conclusions sur

base de plusieurs éléments objectifs, formant un ensemble d'indices suffisamment concordants pour constituer une présomption de fait.

Eu égard aux conclusions de l'expert judiciaire HAMEN, il existerait des présomptions graves, précises et concordantes permettant de considérer que PERSONNE2.) aurait souffert de plusieurs affections et troubles au moment de la signature de la déclaration de santé de 2001 et pour lesquels elle aurait été suivie et traitée, qu'elle aurait été hospitalisée à maintes reprises et fait usage de drogues avant la signature de cette déclaration de santé.

Il y aurait partant lieu de déclarer nul le contrat d'assurance du 17 janvier 2002.

À titre encore plus subsidiaire, la compagnie d'assurances SOCIETE1.) demande à voir enjoindre à l'expert judiciaire HAMEN, sinon au Docteur PERSONNE4.) de déposer le rapport d'hospitalisation du 12 février 2009 du Docteur PERSONNE4.) au greffe du Tribunal.

Dans le même ordre de subsidiarité, elle réitère son offre de preuve par témoins telle que détaillée au dispositif de ses conclusions du 31 janvier 2014 et/ou sa demande à enjoindre tout organisme de sécurité sociale de verser l'historique patient complet ou partiel de PERSONNE2.), jusqu'au 17 janvier 2002 inclus.

Quant au préjudice moral invoqué par PERSONNE1.), la compagnie d'assurances SOCIETE1.) fait valoir que la demanderesse resterait en défaut de préciser en quoi l'exercice de droits résultant tant des dispositions légales applicables que des stipulations contractuelles serait à qualifier d'abusif, mais encore de prouver un quelconque préjudice réellement subi.

PERSONNE1.) ne préciserait ni la nature exacte des problèmes financiers qu'elle aurait prétendument rencontré, ni quelles auraient été les fautes ou négligences de l'assureur en relation causale avec ces prétendus tracas, incertitudes et inquiétudes.

MOTIFS DE LA DÉCISION

Quant au moyen de nullité soulevé à propos du rapport de l'expert HAMEN

Renvoyant aux dispositions de l'article 472 du Nouveau Code de procédure civile, PERSONNE1.) soulève la nullité du rapport de l'expert HAMEN alors qu'il n'aurait ni joint les observations des parties à son adresse, ni fait mention de leurs observations dans son rapport.

Concrètement, elle lui reproche que malgré le fait qu'elle l'a informé par courriel du 11 mai 2021 que le médecin traitant de PERSONNE2.) était le Docteur PERSONNE3.), l'expert HAMEN n'aurait pas contacté ce dernier dans le cadre de ses opérations d'expertise.

Elle lui reproche également de ne pas avoir versé le rapport d'hospitalisation du Docteur PERSONNE4.), alors que l'expert se serait largement basé sur ce rapport, de sorte qu'aucune discussion contradictoire n'aurait été possible.

La compagnie d'assurances SOCIETE1.) s'oppose à la nullité du rapport d'expert HAMEN.

Quant au Docteur PERSONNE3.), elle fait valoir que ce nom n'aurait figuré sur aucun des rapports versés en cause. D'ailleurs, ce médecin, en tant que chirurgien ayant traité PERSONNE2.) en raison de lésions subies suite à un accident de la circulation survenu en janvier 2008 ne pourrait en tout état de cause fournir aucune indication utile sur l'état de santé de PERSONNE2.) avant le mois de décembre 2001.

En outre, PERSONNE1.) ne saurait se prévaloir de l'article 472 du Nouveau Code de procédure civile pour reprocher à l'expert HAMEN de ne pas avoir joint son courriel du 11 mai 2021, alors qu'elle n'en aurait pas fait la demande.

Finalement, elle fait valoir que le Nouveau Code de procédure civile ne prévoirait pas de sanction en cas de non-respect de l'article 472 dudit code.

Tel que retenu au jugement numéro 2020TALCH11/00053 du 20 mars 2020, il est distingué entre trois sortes d'irrégularités en matière de nullité de rapports d'expertise, à savoir :

- <u>les irrégularités de fond</u> portant atteinte à l'ordre public; à titre d'exemple on peut citer l'expertise non accomplie personnellement par l'expert commis,

l'expertise faite par une personne frappée d'une incapacité absolue d'être expert;

- les irrégularités frappant des formalités substantielles, celles dont l'inobservation porte atteinte aux intérêts de l'une des parties; ces irrégularités se ramènent en principe au défaut du respect du caractère contradictoire de l'expertise; défaut de convocation à la première réunion ou aux réunions ou opérations ultérieures, audition de « sachants » hors la présence des parties ou de leurs mandataires;

- enfin les irrégularités secondaires, dont l'inobservation ne préjudicie pas aux intérêts légitimes des parties ou aux droits de la défense et qui sont sans influence sur la validité de l'expertise; les exemples cités par les auteurs sont: le retard dans le dépôt du rapport d'expertise, l'irrégularité dans la convocation aux réunions ou opérations d'expertise alors que les parties s'y sont présentées, le fait de ne pas avoir précisé l'identité du « sachant », comme l'impose l'article 299 de l'ancien code de procédure civile [article 442 du Nouveau Code de procédure civile], le fait d'avoir omis de mentionner les dires des parties en violation de l'article 329 du même code [article 472 du Nouveau Code de procédure civile], alors qu'il y a été implicitement répondu dans le rapport.

(*cf*. Tony MOUSSA, Dictionnaire juridique, Expertise en matière civile et pénale, 2e éd. p. 269 et suivantes; Jacques Voulet, La pratique des expertises judiciaires, sub I, Jugement après expertise; JCL Proc. civ. fasc. 662, nos 209 et suivants).

En l'espèce, PERSONNE1.) reproche à l'expert judiciaire HAMEN :

- de ne pas avoir contacté le Docteur PERSONNE3.),
- de ne pas avoir joint au rapport les observations des parties à l'expert et de ne pas avoir fait mention de leurs observations dans son rapport,
- de ne pas avoir joint au rapport d'expertise le rapport d'hospitalisation du Docteur PERSONNE4.).

Le Tribunal retient que les premier et troisième reproches sont à ranger parmi les irrégularités frappant des formalités substantielles, tandis que le deuxième reproche est à ranger parmi les irrégularités secondaires.

Le Tribunal constate qu'en date du 11 mai 2021, le mandataire de PERSONNE1.) a adressé un courriel à l'expert HAMEN, ainsi qu'au mandataire adverse, duquel il résulte notamment ce qui suit :

« *À toutes fins utiles, je tiens à vous informer que Madame PERSONNE2.) avait eu un grave accident de voiture en date du 13 janvier 2008 (fémur droit cassé, tibia et genou gauche cassé, vertèbre cassée dans la nuque, choc cérébral) et que le médecin traitant était le Dr. PERSONNE3.) à l'HÔPITAL0.).* » (pièce n° 11 d'une farde de 3 pièces de Maître HOFFMANN).

Quant au reproche tiré du fait que l'expert HAMEN n'a pas contacté le Docteur PERSONNE3.), le Tribunal relève que l'emploi des termes « *À toutes fins utiles* » exclut que le mandataire de PERSONNE1.) ait expressément demandé à l'expert HAMEN de contacter le Docteur PERSONNE3.). En outre, il y a lieu de relever qu'il appartient à l'expert de prendre les renseignements qu'il estime utile. L'appréciation de ce qu'il estime utile doit rester auprès de l'expert judiciaire.

En l'espèce, le Docteur PERSONNE3.) a traité PERSONNE2.) suite à son grave accident de la circulation survenu le 13 janvier 2008 en tant que chirurgien et n'aurait donc vraisemblablement pas pu se prononcer quant aux antécédents médicaux de PERSONNE2.). Il y a partant lieu d'admettre que l'expert judiciaire HAMEN n'a pas estimé utile de contacter pour cette raison le Docteur PERSONNE3.).

Force est également de constater que PERSONNE1.) n'établit nullement en quoi ceci lui aurait été préjudiciable. Ce moyen est partant à rejeter pour être non fondé.

Quant au reproche à l'expert judiciaire de ne pas avoir fait mention dans son rapport des observations des parties, le Tribunal relève que l'article 472 du Nouveau Code de procédure civile dispose ce qui suit :
« *L'expert doit prendre en considération les observations ou réclamations des parties, et, lorsqu'elles sont écrites, les joindre à son avis si les parties le demandent.*
Il doit faire mention, dans son avis, de la suite qu'il leur aura donnée. »

En l'espèce, il ne résulte aucunement du courriel du 11 mai 2021 que le mandataire de PERSONNE1.) ait demandé à ce que ce courriel soit annexé au rapport conformément à l'article 472, alinéa 1er du Nouveau Code de procédure civile. Elle ne fait pas état d'autres observations qui auraient, d'après elle, dû être prises en compte par l'expert judiciaire HAMEN et qui auraient dû être relatées dans son rapport d'expertise. Ce moyen n'est partant pas fondé.

Quant au reproche que le rapport d'hospitalisation du Docteur PERSONNE4.) ne soit pas annexé au rapport d'expertise HAMEN, il y a lieu de relever qu'aucun texte n'impose à l'expert d'annexer à son rapport l'ensemble des documents sur lesquels il s'est basé.

Le moyen de nullité soulevé par PERSONNE1.) à l'encontre du rapport d'expertise du Docteur HAMEN est à partant à rejeter pour être non fondé.

Quant au fond

Le Tribunal relève que l'article 11 de la loi du 27 juillet 1997 sur le contrat d'assurance 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.

L'article 12 de ladite loi dispose que lorsque l'omission ou l'inexactitude intentionnelles dans la déclaration induisent l'assureur en erreur sur les éléments d'appréciation du risque, le contrat est nul.

L'article 7 des conditions générales relatif aux engagements du preneur d'assurance et de l'assuré stipule en son paragraphe 7.1 « Sincérité des déclarations » que « *toute omission ou inexactitude intentionnelles de la part du preneur d'assurance ou de l'assuré rendent l'assurance nulle, lorsqu'elles diminuent l'opinion du risque ou en chargeant le sujet de telle sorte que la compagnie, si elle en avait eu connaissance, n'aurait pas contracté aux mêmes conditions* ».

La déclaration de santé du 13 décembre 2001 indique également que « *L'appréciation du risque par la Compagnie est basée sur les déclarations faites ci-avant. Il est donc indispensable que les réponses soient faites consciencieusement, étant entendu qu'aux termes de la loi les omissions ou inexactitudes intentionnelles pourront entraîner la nullité de l'assurance.* »

Il y a lieu de relever que le preneur d'assurance est tenu de déclarer lors de la conclusion du contrat toutes les circonstances à sa connaissance et qu'il doit raisonnablement considérer comme constituant pour l'assureur des éléments d'appréciation du risque.

L'abstention de déclarer une circonstance légitimement ignorée par l'assureur et susceptible d'aggraver l'opinion du risque constitue une réticence rendant l'assurance nulle. La circonstance omise ou inexactement déclarée ne doit pas nécessairement avoir eu une influence sur le sinistre ; une influence sur l'appréciation du risque suffit.

En revanche, si le preneur d'assurance omet de déclarer quelque circonstance dont l'importance ne peut raisonnablement lui apparaître, il n'y aura pas de sanction. De même, le preneur d'assurance ne doit pas déclarer les circonstances déjà connues de l'assureur ou que celui-ci devrait raisonnablement connaître.

Il appartient à l'assureur de prouver que les éléments sur lesquels il n'a pas été informé étaient pour lui un facteur d'appréciation du risque, que le preneur pouvait raisonnablement les considérer comme tels et que le preneur en avait connaissance. De même, il incombe à l'assureur d'établir le caractère intentionnel du manquement.

À cet égard, le Tribunal relève que le fait par l'assureur d'énumérer sur le formulaire de l'assurance différents problèmes de santé, démontre que ces problèmes de santé sont, à ses yeux, des éléments importants d'appréciation du risque et influent sur sa décision.

Il s'agit dès lors de savoir si PERSONNE2.) était atteinte de pathologies, notamment psychiatriques, avant la déclaration de santé de 2001 qu'elle aurait intentionnellement omises et qui seraient de nature faire apprécier différemment par la compagnie d'assurances SOCIETE1.) les risques qu'elle prend à sa charge.

Dans ce cadre, il y a lieu de rappeler que PERSONNE2.) a répondu par la négative à toutes les questions de la déclaration de santé du 13 décembre 2001, à l'exception de la question n° 10 intitulée « *Avez-vous passé une visite médicale ou avez-vous subi des examens médicaux (par exemple électrocardiogramme, analyse de sang, d'urine, radio, etc. …) lors des 12 derniers mois ? Si oui, lesquels ? Et pour quelle raison ?* » à laquelle elle a répondu par l'affirmative et mentionnée « *Entretien général* ».

Elle a répondu par la négative notamment aux questions suivantes :

« 4. *Prenez-vous des médicaments autres que ceux prescrits pour une maladie bénigne et passagère ? Si oui, lesquels ?*
[…]
11. Avez-vous été sous surveillance médicale les 5 dernières années ou avez-vous déjà subi un traitement médical prolongé ? Si oui, quand et pourquoi ?
12. Avez-vous été hospitalisé ou avez-vous subi une intervention chirurgicale ? Si oui, quand et pourquoi ?
Nom du médecin ?
[…]
16. Êtes-vous atteint d'une affection ou d'une maladie particulière ? (par exemple au cœur, aux reins, au système digestif, etc. …) Précisez.
[…]
18. Faites-vous ou avez-vous fait usage de drogues ? Si oui, quand et lesquelles ?
[…] » (pièce n° 1 de Maître HOFFMANN).

Il y a également lieu de rappeler que pour refuser sa prestation résultant du contrat d'assurance-vie souscrit par PERSONNE2.) en date du 17 janvier 2002, la compagnie d'assurances SOCIETE1.) s'est référée à un rapport du 19 juin 2011 de son médecin-conseil, le Docteur PERSONNE7.), qui avait retenu ce qui suit :

« *Discussion*

Concernant la cause du décès de Madame PERSONNE2.), il n'y avait pas d'arguments en faveur d'un éventuel suicide selon le Dr. PERSONNE8.). Une implication des médicaments pris par Madame PERSONNE2.) à cette époque (entre autres Séroquel et Risperdal, deux neuroleptiques) est possible, mais ne

peut être démontrée, faute de renseignements précis et en l'absence d'une autopsie. Certains arguments (informations du Dr. PERSONNE4.) ; prescription de Xanax par le Dr. PERSONNE9.) en 2002 ; attestation par le Dr. PERSONNE6.), neuropsychiatre, qu'en 2001 Madame PERSONNE2.) était en traitement) indiquent par contre que le début de la pathologie psychiatrique pour laquelle Madame PERSONNE2.) était traitée par ces psychotropes remonte à une période bien antérieure à 2001.

Concernant la déclaration de santé du 13 décembre 2001 de Madame PERSONNE2.), il est évident que celle-ci était totalement incomplète.

[…] » (pièce n° 3 de Maître HOFFMANN).

Par jugement numéro 43/16 rendu en date du 2 mars 2016, le Tribunal a ordonné une expertise et nommé expert le Docteur Claude BOLLENDORFF.

Le rapport du Docteur BOLLENDORFF du 17 février 2019 ayant présenté des carences, le Tribunal a confié la mission d'expertise au Docteur Marc HAMEN.

Dans son rapport d'expertise, le Docteur HAMEN a retenu ce qui suit :

« *Discussion et Conclusion*

Les pièces que nous avons pu obtenir ne contiennent pas d'éléments probants, tel qu'un diagnostic ou un traitement, permettant de s'exprimer avec certitude sur l'état de santé de Mme PERSONNE2.) en décembre 2001. Cependant, il existe de forts indices que Mme PERSONNE2.) souffrait déjà de troubles psychiatriques à la signature de la déclaration de l'état de santé du 13 décembre 2001 et bien antérieurement. En effet, les informations recueillis dans les chapitres relatifs aux antécédents psychiatriques personnels et à la situation psychosociale du rapport d'hospitalisation du Dr. PERSONNE4.) sont d'autant plus pertinentes qu'elles viennent de déclarations de Mme PERSONNE2.) elle-même faites lors de l'interrogatoire médical.

En conclusion, il existe une forte probabilité que feu PERSONNE2.) présentait des pathologies psychiatriques avant la signature de la déclaration de l'état de santé le 13 décembre 2001. »

Le Tribunal constate que l'expert HAMEN n'a pas pu retracer l'état de santé de PERSONNE2.) lors de la déclaration de santé du 13 décembre 2001, alors que l'expert relate que les médecins contactés ne disposaient pas ou plus d'information ou de pièce en rapport avec son état de santé avant 2001.

Force est toutefois de retenir que le rapport de l'expert HAMEN, ensemble avec le rapport du Docteur PERSONNE7.), laisse présumer que PERSONNE2.) présentait de graves antécédents médicaux avant la signature du contrat d'assurance du 17 janvier 2002.

En effet, il résulte du rapport HAMEN que PERSONNE2.) a été hospitalisée au Service Psychiatrie du HÔPITAL1.) entre le 9 novembre et le 10 décembre 2008. Le médecin traitant, le Docteur PERSONNE4.) a recueilli dans un rapport du 12 février 2009 les déclarations faites par PERSONNE2.) elle-même en relation avec ses antécédents psychiatriques. Ainsi, l'expert HAMEN cite les passages suivants dudit rapport :

« *Plusieurs hospitalisations de longue durée aux États-Unis, à partir de l'âge de 12 ans pour consommation de drogues, dépendance médicamenteuse, dépression. Suivi chez plusieurs psychiatres à Luxembourg.* »

Ces déclarations reprises dans le rapport d'hospitalisation sont d'autant plus probantes qu'elles proviennent de PERSONNE2.) elle-même, ce que relève à juste titre l'expert HAMEN. Contrairement à ce que fait valoir PERSONNE1.), il y a lieu d'accorder toute leur valeur à ces déclarations, qui ont été faites par PERSONNE2.) à l'époque lors de l'interrogatoire médical.

Il y a en effet lieu d'admettre que le rapport d'hospitalisation a été rédigé par le Docteur PERSONNE4.) vraisemblablement sur base de ses notes personnelles prises lors d'entretiens avec la patiente, respectivement de mémoire peu de temps après la sortie de PERSONNE2.) du Service Psychiatrie et qu'en l'absence de souvenir adéquat, le Docteur PERSONNE4.) se serait abstenue de la rédaction d'un rapport aussi détaillé.

Le Tribunal relève en outre que le médecin psychiatre est le mieux placé pour apprécier la véracité des dires de sa patiente. Or, en l'espèce, il ne résulte d'aucun

élément du dossier que le Docteur PERSONNE4.) ait eu des raisons de mettre en doute les dires de PERSONNE2.).

Quant à l'emploi du conditionnel par le Docteur PERSONNE4.) dans son rapport, cet emploi va de soi alors que le docteur n'a fait en fin de compte que relater les déclarations du patient.

PERSONNE1.) ne saurait en outre se prévaloir du fait que le terme anglais « *drugs* », éventuellement employé par PERSONNE2.), puisse tout aussi bien décrire des stupéfiants que des médicaments, pour faire valoir que sa fille n'aurait jamais reconnu une consommation de drogues. Il y a en effet lieu d'admettre que tant PERSONNE2.) que le Docteur PERSONNE4.) sont parfaitement capables de faire cette distinction, de sorte qu'il faut admettre que PERSONNE2.) a fait usage de stupéfiants à un jeune âge ayant abouti à des hospitalisations aux États-Unis. D'ailleurs, certains médicaments tels que les psychotropes, s'ils ne sont certes pas à qualifier de stupéfiants, peuvent également avoir une influence sur l'humeur, les émotions, les sensations, la conscience et les autres fonctions psychologiques et comportementales d'une personne et doivent partant être déclarés à l'assureur.

La consommation de drogues et la dépendance médicamenteuse auraient dû être mentionnées dans la déclaration de santé. D'ailleurs, même la prise occasionnelle de médicaments, tels que des benzodiazépines, aurait nécessairement dû être déclarée dans le cadre de la déclaration de santé litigieuse.

Les hospitalisations de longue durée aux États-Unis auraient également nécessairement dû être déclarées à l'assureur.

Tous ces éléments n'ont pu légitimement être ignorés au moment de la conclusion du contrat par PERSONNE2.), qui devait savoir que l'appréciation du risque par l'assureur se ferait de manière différente en cas de connaissance de ces antécédents graves.

Le Tribunal doit déduire des constatations et considérations qui précèdent que PERSONNE2.) n'a pas été sincère dans ses déclarations à propos de son état de santé de sorte que la sanction prévue par l'article 12 de la loi sur le contrat d'assurance et par l'article 7.1 des conditions générales régissant les relations entre parties doit être appliquée.

Le contrat d'assurance dont s'agit doit partant être déclaré nul et par conséquent, la demande de PERSONNE1.) est à abjuger.

Quant aux demandes accessoires

Indemnité de procédure

S'agissant des demandes réciproques en obtention d'une indemnité de procédure, il convient de rappeler qu'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, il serait inéquitable de laisser à charge de la compagnie d'assurances SOCIETE1.) l'entièreté des frais exposés par elle et non compris dans les dépens, de sorte qu'il y a lieu de condamner PERSONNE1.) à lui payer une indemnité de procédure de 1.000 euros.

PERSONNE1.), partie ayant succombé en sa demande, n'a pas droit, en équité, à une indemnité de procédure.

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, y compris les frais d'expertise judiciaire.

Il y a encore lieu de déclarer commun le présent jugement à la SOCIETE2.).

PAR CES MOTIFS

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

statuant en continuation du jugement numéro 2020TALCH11/00053 rendu en date du 20 mars 2020,

rejetant la demande de PERSONNE1.) tendant à voir déclarer nul le rapport d'expertise du Docteur Marc HAMEN,

déclare fondée l'exception de nullité du contrat d'assurance dont s'agit soulevée par la société anonyme SOCIETE1.) S.A.,

déclare nul le contrat d'assurance-décès conclu entre PERSONNE2.) et la société anonyme SOCIETE1.) S.A.,

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

déclare non fondée sa demande en allocation d'une indemnité de procédure,

dit fondée à concurrence de 1.000 euros la demande de la société anonyme SOCIETE1.) S.A. en allocation d'une indemnité de procédure,

partant condamne PERSONNE1.) à payer à la société anonyme SOCIETE1.) S.A. le montant de 1.000 euros sur base de l'article 240 du Nouveau Code de procédure civile,

déclare le jugement commun à la SOCIETE2.),

condamne PERSONNE1.) à tous les frais et dépens de l'instance, y compris les frais d'expertise judiciaire.