

L'obligation de déclaration d'aggravation des risques "en cours de contrat" : un régime inadapté aux contrats de prévoyance

PAR SERI GUEFFIE, AVOCAT AU BARREAU DE LYON

MOTS-CLÉS : DÉCLARATION DU RISQUE – ARTICLE L.113-2 – QUESTIONNAIRE DE SANTÉ – DEVOIR DE CONSEIL – PÉRIODE PRÉCONTRACTUELLE.

L'application du 3° de l'article L.113-2 du Code des assurances aux contrats d'assurance maladie conduit à faire peser sur l'assuré, durant la période critique comprise entre la demande d'adhésion et l'acceptation du contrat, une obligation déclarative spontanée inadaptée à la logique du risque santé. L'étude met en évidence l'incohérence de ce régime au regard de la réforme de 1989 et propose de substituer à cette exigence une obligation d'actualisation du questionnaire de santé à l'initiative de l'assureur.

Le titre difficilement appréhendable pour le justiciable qui ne maîtrise pas la matière recouvre une réalité assez simple à comprendre. En droit, l'article L113-2 du Code des assurances dispose que l'assuré est obligé :

« 1° De payer la prime ou cotisation aux époques convenues ;

2° De répondre exactement aux questions posées par l'assureur, notamment dans le formulaire de déclaration du risque par lequel l'assureur l'interroge lors de la conclusion du contrat, sur les circonstances qui sont de nature à faire apprécier par l'assureur les risques qu'il prend en charge ;

3° De déclarer, en cours de contrat, les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux et rendent de ce fait inexacts ou caduques les réponses faites à l'assureur, notamment dans le formulaire mentionné au 2° ci-dessus.

L'assuré doit, par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique, déclarer ces circonstances à l'assureur dans un délai de quinze jours à partir du moment où il en a eu connaissance ;

4° De donner avis à l'assureur, dès qu'il en a eu connaissance et au plus tard dans le délai fixé par le contrat, de tout sinistre de nature à entraîner la garantie de l'assureur. Ce délai ne peut être inférieur à cinq jours ouvrés.

Ce délai minimal est ramené à deux jours ouvrés en cas de vol et à vingt-quatre heures en cas de mortalité du bétail.

Les délais ci-dessus peuvent être prolongés d'un commun accord entre les parties contractantes.

Lorsqu'elle est prévue par une clause du contrat, la déchéance pour déclaration tardive au regard des délais prévus au 3° et au 4° ci-dessus ne peut être opposée à l'assuré que si l'assureur établit que le retard dans la déclaration lui a causé un préjudice. Elle ne peut également être opposée dans tous les cas où le retard est dû à un cas fortuit ou de force majeure.

Les dispositions mentionnées aux 1°, 3° et 4° ci-dessus ne sont pas applicables aux assurances sur la vie. »

Lors de la souscription à un contrat d'assurance de prévoyance, il existe une période critique qui débute à la demande d'adhésion de l'assuré et qui s'achève par la réponse de l'assureur. Concrètement, la demande d'adhésion se fait au moyen du remplissage d'un questionnaire de santé, transmis à l'assureur pour lui permettre d'apprécier le risque et de savoir s'il accepte ou non de le couvrir et, le cas échéant, à quelles conditions.

Durant cette fenêtre de temps et si la demande d'adhésion est acceptée, la jurisprudence considère que l'obligation de déclaration a pris naissance à compter de la demande d'adhésion¹.

¹ Rép. civ. « Contrat d'assurance » paragraphe 270, Luc MAYAUX, Agnès PIMBERT, nov. 2025 ; en ce sens : Civ. 1^{ère}, 10 juill. 2002, n°99-21.601 ; Cass.civ. 2^{ème}, 22 janv. 2004, n°02-20.532 ; CA Reims, 17 févr. 2015, n°13/01730

Or, si durant cette même période les réponses données dans le questionnaire venaient à changer et que l'assuré oubliait de les déclarer à l'assureur, il pourrait voir ses garanties neutralisées par les effets des articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances. Pour l'illustrer prenons un exemple concret, qui correspond à l'une des questions classiquement posées lors de l'adhésion à un contrat de prévoyance. **"QUESTION** : Avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 21 jours au cours des 10 dernières années ? ". Dans un tel contrat, si l'assuré venait à être en incapacité de travail pour une période supérieure à 21 jours dans l'intervalle de temps qui nous intéresse, l'assureur pourrait légitimement lui refuser sa garantie.

Une lecture littérale des textes autoriserait l'assureur à considérer que l'absence de déclaration spontanée rendant caduque ou inexacte une réponse donnée dans le questionnaire de santé, sous réserve qu'elle aggrave le risque¹ ou en crée un nouveau, permettrait d'appliquer une règle proportionnelle de prime². Il en est autrement de l'annulation du contrat pour fausse déclaration intentionnelle de risque, même si la sanction peut trouver à s'appliquer en pratique³.

Mais ces solutions ne sont pas satisfaisantes pour deux raisons.

DES SOLUTIONS OPPOSÉES À L'ESPRIT DE LA LOI

Comme le rappellent les professeurs GROUTEL, LEDUC et ASSELAIN dans le « *Traité du contrat d'assurance terrestre* », l'article L113-4 du Code des assurances permet à l'assureur de dénoncer le contrat ou de proposer un nouveau montant de prime lorsque, en cours de contrat, survient une aggravation de risque telle que, *si les circonstances nouvelles avaient été déclarées lors de la conclusion ou du renouvellement du contrat, l'assureur n'aurait pas contracté ou ne l'aurait fait que moyennant une prime plus élevée, l'assureur a la faculté soit de dénoncer le contrat, soit de proposer un nouveau montant de prime*. Or, ces options ne sont pas ouvertes pour les assurances maladie.

Autrement dit, l'assureur ne pourrait tirer aucune conséquence d'une aggravation de risque déclarée par l'assuré. Ce qui indiquerait, selon les professeurs précités, que le législateur n'avait pas l'intention de rendre applicables aux contrats

d'assurance maladie, l'obligation du 3° de l'article L113-2 du Code des assurances.

Deuxièmement, l'obligation n'est pas adaptée au contrat d'assurance couvrant les risques de santé. Si elle se comprend aisément en assurance de dommages, pour des contrats où l'assuré a pleine latitude pour modifier le risque à l'insu de l'assureur, elle perd son intérêt en assurance maladie.

D'abord, parce que l'aggravation du risque est précisément l'objet du contrat.

Ensuite, cette obligation existe pour rétablir un déséquilibre informationnel qui pourrait préjudicier à l'assureur⁴. Effectivement, il serait déloyal qu'un assuré puisse bénéficier d'un tarif préférentiel pour une maladie dont il présentait l'arrivée ou pour voir prendre en charge les conséquences d'une opération chirurgicale qu'il avait l'intention de faire réaliser juste après avoir sollicité l'adhésion au contrat. Tandis que l'assureur n'aurait pas été en mesure d'intégrer ce risque, faute pour lui de disposer d'un moyen de le connaître, outre la volonté de l'assuré. Or, il existe déjà un mécanisme efficace pour rétablir de l'équité dans pareille situation. Il s'agit des clauses d'attente⁵. Elles permettent de conditionner la mise en œuvre d'une garantie à l'expiration d'un délai défini entre les parties à compter de la souscription du contrat. Autrement dit, si le sinistre survient dans le délai convenu, aucune prise en charge ne sera due par l'assureur pour la garantie sollicitée.

Troisièmement, l'obligation visée au 3° de l'article L113-2 du Code des assurances aurait du sens si l'assuré avait conscience non seulement de son existence, mais aussi d'une éventuelle aggravation des risques, le cas échéant.

DES SANCTIONS INADAPTÉES À LA QUALITÉ DE CONSOMMATEUR

Matériellement, l'assuré n'est pas, par défaut, en mesure d'avoir conscience de cette obligation. Or, le droit n'est pas une abstraction. Il a vocation à régir des situations réelles. Exiger d'un assuré qu'il se souvienne de cette partie de sa documentation contractuelle, dans le contexte de la souscription d'un prêt immobilier est illusoire, surtout s'il n'a aucun problème de santé. En pareille hypothèse, le contrat d'assurance maladie n'est qu'un accessoire dont la souscription est majoritairement facultative. Lorsqu'il est souscrit à l'occasion d'un

¹ Sur la notion d'aggravation de risque voir : RGDA oct. 2017, n°RGA202m4 "Appréciation des circonstances nouvelles aggravant le risque : le sinistre non, mais le questionnaire, oui !", A.PIMBERT
² cf. art. L113-9 du Code des assurances

³ cf. art. L113-8 du Code des assurances ; pour une application pratique voir : Cass.civ. 2^{ème}, 22 janv. 2004, n°02-20.532 ; Cass. civ. 2^{ème}, 29 juin 2017, n°16-18.975

⁴ BJDA, 2017 n°1 : « Proposition de réécriture de la notion de déclaration de risques dans le Code des assurances »
SABRAVANEL-JOLLY

⁵ Rép. civ. 2025, Assurance de personnes : vie – prévoyance – Risques – J. KULLMAN

contrat de travail, ce même contrat demeure un accessoire dont la souscription peut également être facultative. A fortiori, le questionnaire de santé qui est un document précontractuel reste secondaire dans de telles opérations. Remis dans son contexte réel, le questionnaire de santé apparaît comme subsidiaire. Surtout, comme le relève le professeur Axelle ASTEGIANO-LA RIZZA, dans la réalité, l'assuré ne dispose pas toujours d'une copie du questionnaire de santé exigé par l'assureur.

En la matière, le législateur est déjà intervenu pour régler une difficulté parfaitement identique. Avant l'entrée en vigueur de la loi n°89-1014 du 31 décembre 1989, l'assureur pouvait reprocher à son assuré de ne pas avoir spontanément déclaré un quelconque événement susceptible d'aggraver le risque. La pratique a démontré qu'il n'était pas accessible, pour le consommateur moyen, de savoir si tel ou tel événement était susceptible d'aggraver ledit risque ni par quel moyen la déclaration devait se faire. Depuis, la déclaration d'aggravation des risques repose quasi exclusivement sur la conformité de la situation de l'assuré au regard des déclarations faites dans le questionnaire, renseigné à la souscription.

POUR UNE OBLIGATION D'ACTUALISATION DU QUESTIONNAIRE À L'INITIATIVE DE L'ASSUREUR

Une solution très simple à mettre en œuvre permettrait de restaurer la cohérence du régime. Plutôt que d'exiger une déclaration spontanée dans cette typologie de contrat, l'assureur pourrait être tenu d'interroger à nouveau l'assuré, lorsqu'il accepte son entrée dans la mutualité, sur l'actualité du questionnaire de santé.

Cette réinterrogation au stade de l'acceptation de la demande d'adhésion relèverait alors du devoir de conseil de l'assureur. Elle ne constituerait que l'aboutissement logique du principe déjà consacré par la loi du 31 décembre 1989 : en matière déclarative, l'obligation de l'assuré ne peut porter que sur ce qui lui est expressément demandé.