

De la pertinence d'une déclaration de risque inexacte à propos d'une garantie d'exonération de prime dans une assurance sur la vie : coordonnées de référence et qualification

Didier Lluelles

Volume 55, Number 1, 1987

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1104549ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1104549ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

HEC Montréal

ISSN

0004-6027 (print)

2817-3465 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this document

Lluelles, D. (1987). De la pertinence d'une déclaration de risque inexacte à propos d'une garantie d'exonération de prime dans une assurance sur la vie : coordonnées de référence et qualification. *Assurances*, 55(1), 62–76.
<https://doi.org/10.7202/1104549ar>

Article abstract

Mr. Didier Lluelles, lawyer, examines the scope of the additional insurance endorsement which makes it possible to maintain in force life insurance policies without payment of premiums, in the event of the insured's disability. With the permission of the author and of the journal *Thémis*, we are pleased to present Mr. Lluelles' text. Unfortunately, space constraints do not allow us to reproduce the foot-notes which followed the article. These may, however, be found in the abovementioned journal, volume 20, number 3.

De la pertinence d'une déclaration de risque inexacte à propos d'une garantie d'exonération de prime dans une assurance sur la vie : coordonnées de référence et qualification⁽¹⁾

62

par

Didier Lluelles⁽²⁾

Mr. Didier Lluelles, lawyer, examines the scope of the additional insurance endorsement which makes it possible to maintain in force life insurance policies without payment of premiums, in the event of the insured's disability. With the permission of the author and of the journal Thémis, we are pleased to present Mr. Lluelles' text. Unfortunately, space constraints do not allow us to reproduce the foot-notes which followed the article. These may, however, be found in the above-mentioned journal, volume 20, number 3.



Le 7 décembre 1981, un dénommé Jeannot Beaulieu souscrit, auprès de la compagnie l'Industrielle, une assurance-vie en cas de décès, sur sa propre tête avec, comme garantie complémentaire, l'engagement de l'assureur de l'exonérer du paiement des primes, au cas où il serait victime d'une incapacité totale.

Cette garantie annexe appartient à ce qu'il est convenu d'appeler les *assurances complémentaires* – en anglais, *Total Disability Benefits*. Création de la pratique des entreprises d'assurance sur la vie, les assurances complémentaires ont notamment pour objectif de veiller au maintien du contrat d'assurance sur la vie, malgré le non-paiement des primes, dû à des raisons indépendantes de la volonté du preneur, comme la gêne financière causée par l'invalidité.

⁽¹⁾ L'auteur tient à remercier M^e Louise Thisdale, notaire à Québec, qui a bien voulu lire et commenter le manuscrit. Les opinions émises dans ce commentaire n'engagent toutefois que leur auteur. Cet article est reproduit avec l'autorisation de la revue juridique *Thémis*.

⁽²⁾ Professeur agrégé à la Faculté de droit de l'Université de Montréal.

Qu'elle fasse ou non l'objet d'une police distincte, la garantie d'exonération du paiement des primes d'assurance-vie constitue une véritable convention d'assurance ; cet avantage ne peut, ni sur le plan économique, ni sur le plan juridique, être octroyé sans contrepartie ; cette dernière prend la forme de primes, généralement abordables. Pour des raisons évidentes d'ordre actuariel, l'exonération n'est pas accordée, passé un âge-limite, et n'entre en vigueur qu'après une période d'attente.

Pour revenir aux faits de l'espèce qui retient notre attention, quelques mois après la prise d'effet du contrat et alors que ce dernier était toujours en vigueur, le preneur devient aveugle. Il en avise la compagnie d'assurance en même temps qu'il lui demande de maintenir l'assurance-vie, de le dispenser, pour toute la durée de l'incapacité, du paiement des primes futures et de lui rembourser les montants des primes échues et acquittées dans les six premiers mois du début de l'incapacité, conformément à la clause d'exonération stipulée dans la police.

63

Bien qu'admettant l'incapacité totale du preneur, l'assureur refuse de faire jouer la clause d'exonération. Ce refus, la compagnie le fonde sur de fausses déclarations commises par le preneur, au stade de la proposition, au sujet de son état de santé. L'assureur ne demande pas, comme sanction de la prétendue infraction à l'obligation de déclaration initiale de risque prévue par l'article 2485 du Code civil, la nullité de la totalité du contrat et notamment de l'assurance-vie elle-même, auquel cas le problème de la garantie d'exonération ne se serait pas posé, en cas de succès de la contestation de la compagnie, la garantie accessoire suivant le sort de la garantie principale ; il se contente de demander la nullité de cette partie du contrat prévoyant l'exonération du paiement des primes.

Le tribunal, saisi du litige, rend, le 20 décembre 1985, une décision faisant droit à toutes les demandes de M. Beaulieu. Le rejet de la contestation de l'Industrielle repose non sur la réalité de l'inexactitude de la déclaration, admise sans difficulté par le magistrat, mais sur son caractère non pertinent au risque considéré, aux yeux d'un assureur raisonnable.

Si la solution retenue nous apparaît en soi acceptable, certaines motivations appellent quelques réserves, tant au chapitre de la no-

tion de déclaration initiale de risque qu'à celui de la spécificité de l'assurance complémentaire.



Le centre factuel du litige est la réponse négative donnée par M. Beaulieu, notamment à cette question consignée par écrit dans la partie II de la proposition d'assurance qui lui demandait si, au cours des cinq précédentes années, il avait « consulté un médecin ou autre praticien, subi un examen médical ou (. . .) été traité dans un hôpital, clinique ou autre établissement ».

64

C'est sans difficulté que l'assureur s'est acquitté du fardeau préliminaire de la preuve de la fausseté de la réponse : selon une preuve documentaire non contredite, le proposant avait, de 1977 à 1981, « effectivement consulté des médecins ou praticiens, subi des examens médicaux et bénéficié de traitements à l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke ». Il s'était soumis, en effet, à cinq séries de consultations et de traitements, dont quatre pour des entorses lombaires et une pour une entorse du pouce gauche.

Le juge prend donc acte de cette première preuve :

« (Il) devient manifeste que la réponse négative inscrite à la proposition en regard de la question 57 est fautive et mensongère. L'inexactitude de cette réponse fait apparaître l'existence d'une réticence qui pourrait donner ouverture à la sanction recherchée par la défenderesse ».

L'assureur se devait, alors, de se décharger de cet autre fardeau : celui de la preuve qu'il existait, entre les éléments inexactly déclarés et le risque d'invalidité totale, un lien de pertinence dans l'esprit d'un assureur raisonnable.

A. Le principe et le contenu de la preuve de la pertinence

I - Le principe de la preuve de la pertinence

Pour la Cour, il ne fait pas de doute que l'assureur se devait de faire la preuve que les visites et traitements relatifs aux entorses étaient « de nature à influencer de façon importante un assureur raisonnable » dans l'évaluation du risque. Cette évidence ne pose pas, en soi, de problème. La nécessité de la preuve de la pertinence – en anglais *materiality* – est d'autant plus impérative que, depuis le 20

octobre 1976, il est désormais interdit de l'éliminer par la stipulation de « garanties affirmatives », comme le permettait, avant la réforme, notre droit des assurances.

Une question toutefois, qui ne semble pas avoir été évoquée par les parties, peut se poser : la preuve doit-elle nécessairement procéder de façon directe de l'assureur ? Cette question se pose du fait de la présence, dans cette espèce, d'un questionnaire. Certes, de même qu'une circonstance peut être pertinente, même si elle n'a pas fait l'objet d'une question, de même le fait qu'une circonstance a fait l'objet d'une question n'entraîne pas nécessairement une conclusion de pertinence.

65

Le droit comparé offre, cependant, quelques cas – non majoritaires, il est vrai – où le fait qu'une circonstance a été l'objet d'une question peut entraîner une *présomption* de pertinence. Ainsi, la législation suisse répute *importants* les faits qui ont été l'objet de questions écrites, précises et non-équivoques : à cette triple condition, ce sera le réclamant de la prestation qui devra faire une preuve, celle de la non-pertinence.

Cette possibilité de présomption relative, due à une question écrite, ne paraît pas acceptée au Canada anglais. Même si la présomption n'est pas absolue et peut être combattue par la preuve contraire, même si la lettre des textes ne s'oppose pas à cette idée, il est peu vraisemblable – et peu souhaitable – que cette dernière trouve droit de cité en jurisprudence québécoise : en effet, le fardeau de la preuve, déplacé sur les épaules du réclamant de la prestation, serait passablement lourd pour un profane et les chances de repousser la présomption de pertinence plutôt théoriques. L'adoption de cette solution équivaldrait, à toutes fins utiles, à une réintroduction sournoise des garanties affirmatives, ce qui choquerait l'esprit des textes issus de la réforme. De toute manière, en supposant que cette théorie fasse partie de notre droit positif, supposition bien audacieuse, il est peu probable qu'elle eût pu, dans les circonstances particulières de notre espèce, créer une présomption relative de pertinence, en raison du caractère trop général de la question en cause : cette dernière, en effet, ne demandait pas : avez-vous été examiné et traité pour des entorses lombaires, mais : avez-vous été examiné et traité par des médecins ?

II – La méthode de la preuve de la pertinence

Par *contenu de la preuve*, nous entendons la méthode de la preuve et son objet.

1. La méthode de la preuve de la pertinence

66 Rappelant le caractère objectif de l'appréciation de la pertinence, le juge exige de l'Industrielle la preuve qu'un assureur raisonnable – qui ne peut être l'assureur en cause, même si, effectivement, il appartient à cette catégorie ! – aurait été influencé, dans son évaluation du risque, par la connaissance des diverses entorses de M. Beau-lieu. Conçue par la jurisprudence – et confortée au Québec par la loi – pour mettre un terme aux abus, aux déclarations *après coup*, l'objectivité met le réclamant de la prestation à l'abri de l'arbitraire, voire du caprice de certains assureurs.

L'assureur ne peut donc se contenter d'apporter la preuve de ses propres pratiques par le témoignage – aussi expert soit-il – de ses dirigeants et spécialistes. Peut-il alors passer l'épreuve avec succès, en faisant appel à des témoins extérieurs, comme des cadres ou des spécialistes d'autres entreprises d'assurance ? Pour le juge, ces témoignages additionnels, aussi experts soient-ils, eux aussi ne sont pas nécessairement déterminants.

La Cour, en effet, adopte sans réserve la thèse voulant que l'appréciation de la pertinence soit non seulement une question de fait, mais aussi une question de droit : le juge demeure maître de l'appréciation des opinions mises en preuve par les témoins de l'assureur ; il a même *discretion* à cet égard. Même si la Cour ne le dit pas expressément, cette thèse de la mixité s'oppose à la naissance d'une présomption de pertinence due aux témoignages de l'assureur, présomption qui opérerait un renversement du fardeau de la preuve. Il est heureux que cette thèse de la présomption, avancée dans au moins deux espèces anglo-canadiennes, ne semble pas gagner la faveur des juges du Québec, en raison de la lourdeur de la tâche qu'elle représente pour le réclamant de la prestation et de l'esprit des textes ; de plus, elle choquerait, dans bien des cas, à cause précisément de la difficulté pour un profane d'administrer une preuve de non-pertinence, le critère de l'objectivité consacré par l'article 2485 du Code civil et renforcé par l'ordre public du droit des assurances.

Cette discrétion judiciaire, suggérée par l'article 2485, qui exige une influence importante, est, somme toute, bienvenue puisqu'elle peut épargner au réclamant de la prestation les conséquences d'une collusion entre assureurs ou, plus simplement, pallier un éventuel manque de représentativité des témoins experts. Certes, cette discrétion n'est pas sans risque, puisque le juge se trouve à élaborer une idée des pratiques souhaitables d'un assureur raisonnable, idée qui ne concordera pas nécessairement avec les *ordinary standards for measuring insurable risks*. Cette difficulté est réelle – et la Cour, en l'espèce, en est consciente – mais ne s'agit-il pas d'un risque nécessaire ?

67

Quant à la preuve offerte, en l'espèce, par l'Industrielle, on comprendra sans peine qu'elle n'ait pas été jugée concluante. L'opération, en effet, commence plutôt cahin-caha : la compagnie fait témoigner, en premier lieu, son directeur des réclamations qui a l'honnêteté d'avouer qu'il ignorait la décision qu'aurait prise son employeur, si ce dernier avait été mis au courant des problèmes médicaux du proposant et qu'il s'était contenté de transmettre le dossier au tarificateur de la compagnie ! Quant aux témoignages de ce dernier et du tarificateur principal d'une autre compagnie d'assurance, ils consistaient uniquement à invoquer le caractère fréquent des traitements et visites pour établir la pertinence, sans aucune explication rationnelle sur l'importance du phénomène même des entorses. Le manque manifeste de stratégie de l'assureur au niveau de la preuve – révélé par d'autres éléments – a sans aucun doute contribué à affaiblir sa position et à fournir au juge, comme nous allons le voir aux paragraphes suivants, des pistes regrettables.

2. L'objet de la preuve de la pertinence

À notre avis, la preuve que pourrait, dans un cas semblable, exiger un jugement de la part de l'assureur est que les nombreuses entorses étaient le signe d'une certaine fragilité de l'organisme de l'assuré et qu'elles étaient susceptibles, en elles-mêmes, d'entraîner des complications au niveau, par exemple, des fonctions motrices : cette preuve, dont l'objet est au cœur même du risque d'invalidité, aurait pu facilement – eût-elle été administrée – entraîner la conviction que la connaissance des entorses était importante pour un assureur raisonnable, au point d'influencer son évaluation du risque, quand on

considère l'importance considérable de la colonne vertébrale dans le fonctionnement harmonieux du système nerveux.

Au lieu de reprocher à l'Industrielle de n'avoir pas administré cette preuve, la Cour lui fait grief de ne pas avoir établi que les entorses allaient pouvoir se multiplier dans le temps.

68 Alors que, jusqu'à présent, la démarche du magistrat était, dans l'ensemble, tout à fait adéquate, force est d'avouer notre impossibilité de le suivre plus avant sur la voie ainsi tracée : cette dernière, en effet – imputable en grande partie à la stratégie même de l'assureur – constitue un regrettable déplacement du problème, en ce sens qu'elle tend à confondre l'objet même de la preuve, soit l'importance des entorses en tant que telle, avec la dimension purement quantitative du phénomène.

Ce déplacement va amener le juge à adopter des positions peu conformes à certaines règles de la théorie des déclarations initiales et à ne pas prendre clairement en compte la spécificité de l'assurance complémentaire.

B. Les modalités d'application de la preuve de la pertinence

I – Quant aux coordonnées de référence dans l'appréciation du risque

Trois niveaux de référence seront successivement abordés, soit 1) l'impact de la réalisation du risque dénaturé, 2) le moment de l'appréciation de la pertinence aux yeux d'un assureur raisonnable et 3) les éléments précis susceptibles d'être affectés dans l'esprit de ce même assureur.

1. L'impact de la réalisation du risque dénaturé

Il est un principe du droit des assurances, commun aux systèmes civiliste et de *Common Law*, voulant que l'infraction à l'obligation de déclarer s'opère par la seule référence à la circonstance non dévoilée ou inexactement dénoncée, peu importe que cette circonstance ait ou non joué un rôle dans l'avènement du sinistre. Si, par exemple, un assuré sur la vie a fait une réticence au sujet d'un traitement nécessité par un cancer, nul doute qu'il y a réticence sur un élément pertinent, même si la mort de l'assuré est due à une circonstance totalement étrangère au cancer, telle une catastrophe aérienne. Ce principe, énoncé à l'article 2487 du Code civil – l'actuel

et celui précédant la réforme – les professeurs Berr et Groutel l'illustrent avec vigueur :

« Selon les principes du droit de l'assurance, il importe peu que la circonstance dissimulée ait été sans influence lors de la réalisation du sinistre. C'est la dissimulation en elle-même, indépendamment de son effet causal, qui est punie ».

Dans l'espèce sous étude, la Cour ne dit certes pas que la cécité de l'assuré, survenue en cours de contrat, n'est pas la conséquence des entorses et que, de ce fait, il n'y a pas eu infraction à l'obligation de déclaration initiale du risque. Toutefois, dans son analyse de la pertinence de la déclaration inexacte du proposant, le magistrat explique que, selon le témoignage de M. Beaulieu, les entorses « lui survenaient lorsqu'il soulevait des charges de métal d'un poids excessif dans l'exercice de son métier de fondeur ». Et de conclure à la non-pertinence de la réponse inexacte pour cette raison que le demandeur

« (. . .) a cessé de travailler à l'usine parce qu'elle a fermé ses portes (et que, de plus) son incapacité pour cause de cécité est totale et permanente (et qu') il n'est pas destiné à se donner d'autres « *tours de reins* » en soulevant pareilles pesées ! »

Cette explication n'est pas sans ambiguïté. Elle semble, en effet, sous-entendre que la cécité – survenue *depuis* la signature de la proposition et en cours de contrat – empêchant la survenance d'autres entorses dans le futur, l'assuré ne pourra être victime d'une incapacité due à des entorses. Cela ne revient-il pas à admettre que seule une invalidité causée par des entorses était, en l'espèce, susceptible de justifier une sanction ? N'est-ce pas implicitement et indirectement nier le principe de la non-nécessité d'un rattachement de la circonstance non ou mal dévoilée au sinistre lui-même ?

Cette explication met, en outre, la Cour – et c'est l'objet du prochain paragraphe – sur une autre piste regrettable.

2. Le moment de l'appréciation de la pertinence

Après avoir souligné que les entorses ne s'étaient plus manifestées depuis la signature de la proposition, la Cour, prenant acte des *nouvelles circonstances* – la cessation des activités de fondeur et la survenance de la cécité – reproche à l'assureur l'absence de preuve que « les entorses lombaires du demandeur referont éventuellement surface ».

Même si c'est le juge qui, en définitive, se fait une opinion de l'évaluation qu'aurait faite, d'une circonstance donnée, un assureur raisonnable, cette opération intellectuelle ne doit pas pour autant prendre, comme point de référence chronologique, le moment du prononcé du jugement, mais un moment nécessairement antérieur. Il est, en effet, un autre principe du droit des assurances – en vérité, étroitement relié à celui consigné à l'article 2487 du Code civil – voulant que l'appréciation de la pertinence soit nécessairement antérieure à la conclusion du contrat, devant porter sur des faits soit contemporains de la signature de la proposition, soit antérieurs à celle-ci.

“If the statement was true at the time at which the contract was made, subsequent change will not be ground for voiding the contract on the grounds of misrepresentation”.

En inversant les termes de cette citation de Messieurs Brown et Menezes, on peut affirmer qu'un changement de circonstances, après la conclusion du contrat, faisant en sorte qu'un événement pertinent et non dénoncé ne sera plus susceptible de se reproduire, ne devrait pas modifier la conclusion de pertinence à laquelle en serait arrivé, au terme de l'examen de la proposition, un assureur raisonnable.

Plus encore, se fondant sur les circonstances nouvelles qu'on connaît et sur l'absence d'une « récurrence possible de la maladie », le juge avance l'impossibilité pour la Cour de

“. . . conclure que cette circonstance (c'est-à-dire les entorses) revêt toujours une matérialité telle qu'un assureur refuserait encore raisonnablement le risque (. . .) »

Dans ce passage, la Cour semble dire que, en admettant l'hypothèse que les entorses et leurs traitements aient pu constituer, dès le départ, un élément pertinent au risque, l'assureur devait faire la preuve de la *continuité dans le temps* de l'évaluation d'un assureur raisonnable. Cela est hautement discutable, la circonstance en cause devant « s'apprécier par rapport à l'évaluation initiale du risque et non *ex post facto* ». Imaginerait-on qu'un juge refuse d'accorder la sanction demandée par un assureur à qui un futur preneur n'aurait pas dénoncé, en vue de la conclusion d'une assurance-maladie, avoir – en raison de sa négligence chronique – été la cause de plusieurs incendies dans sa cuisine, pour la raison que cet assureur n'a pu apporter la preuve d'incendies ultérieurs qui ne seraient plus, au demeure-

rant, susceptibles de se produire, suite au mariage subséquent de l'assuré, son épouse, plus attentive, ayant désormais la haute main sur les fourneaux ?

Encore une fois, cependant, et à la décharge de la Cour, ce *dérappage* est en grande partie imputable au système de preuve de l'assureur en cause, dont deux témoins ont « qualifié (leur) réponse en semblant dire que c'est le caractère répétitif et successif des entorses lombaires (et non les entorses lombaires en elles-mêmes) qui aurait constitué le fait matériel ou la circonstance susceptible de lui faire refuser le risque d'accorder (au demandeur) le bénéfice de l'exonération de primes ».

71

Toutefois, même en concentrant son attention sur la seule répétitivité des entorses, le magistrat aurait dû considérer uniquement leur répétitivité réelle, antérieure à la conclusion du contrat, en posant cette question : cette répétitivité aurait-elle pu, au terme de l'étude de la proposition, influencer alors un assureur raisonnable dans son évaluation du risque ? Cette solution aurait eu l'avantage supplémentaire d'éviter la pétition de principe voulant que la cécité empêche désormais toute récidive.

Plus fondamentalement, à notre avis, la Cour aurait dû considérer que la répétitivité des entorses n'est pas, en soi, un facteur de pertinence et aurait dû se contenter de constater l'absence de preuve de la pertinence, par rapport aux entorses *en elles-mêmes*. Cela aurait évité cette fâcheuse impression que pourrait avoir un profane du droit des assurances que l'évaluation de la pertinence est continue dans le temps.

3. Les éléments précis susceptibles d'être affectés dans l'évaluation de la pertinence par un assureur raisonnable

La Cour refuse donc de prononcer la sanction recherchée par l'assureur, faute de preuve par ce dernier qu'un assureur raisonnable *aurait refusé* de prendre en charge le risque complémentaire d'invalidité totale. Le refus d'assurer est le seul élément pris en considération par le juge. Le droit des assurances en prévoit pourtant deux autres, soit « l'établissement de la prime » et « l'appréciation du risque ». La phraséologie de l'actuel article 2485 du Code civil suggère d'ailleurs qu'on peut recourir à *l'un des trois* éléments d'évaluation dans la recherche de la pertinence. Le recours au critère de l'in-

fluence sur l'établissement de la prime peut être tout aussi efficace que le recours au critère de l'influence sur la décision d'assurer non seulement au niveau de la conclusion qu'il y a eu infraction à l'obligation de déclarer, mais aussi, en assurance de personnes notamment, au niveau de la sanction normalement applicable, soit la nullité. Cette dernière, en effet, n'est pas « une (. . .) nullité pour dol, car elle joue, même en cas de (déclaration) *incidente* (l'assureur exactement informé aurait contracté, mais à d'autres conditions) » :

72

“The misrepresentation is considered material notwithstanding that the insurer may have considered the risk as a sub-standard risk and would have been willing to insure the (risk) insured at a higher premium, so that the insured cannot claim that the contract should be upheld to be valid for a reduced amount based upon the premium he actually paid”.

Loin de nous l'idée que le recours au critère de l'influence sur le quantum de la prime afférente à l'assurance complémentaire aurait nécessairement conduit à une décision différente. Encore aurait-il fallu, en effet, que l'Industrielle administrât la preuve de cette influence de manière concluante et articulée, en termes d'actuariat. Mais grande est la tentation de penser qu'il eût sans doute été relativement plus vraisemblable de convaincre un juge que les diverses entorses, sans entraîner un refus d'accorder la garantie d'exonération pour cause d'invalidité, auraient joué un rôle, au niveau du montant de la prime afférente à ce risque.

Mais, encore une fois, l'assureur est responsable de son propre malheur : il a visé trop haut en tentant de prouver qu'un assureur raisonnable aurait tout simplement *refusé* d'accorder la garantie complémentaire.

II – Quant à la spécificité du risque envisagé

L'assureur, rappelons-le, ne recherchait pas la nullité de la totalité du contrat d'assurance souscrit, mais uniquement la nullité de cette partie du contrat prévoyant la garantie d'exonération du paiement des primes, en cas d'invalidité totale. Toutefois, au tout début de ses notes relatives à l'appréciation de la pertinence de la déclaration inexacte de M. Beaulieu, le juge recourt à une formule dont

l'ambiguïté explique sans doute l'état d'esprit dans lequel il a procédé à cette évaluation :

« L'entorse lombaire consécutive à un effort physique particulier et exagéré d'un individu dans l'exercice de son travail est-elle, en soi, une maladie qui abrège l'espérance de vie de la personne qui en est atteinte ou qui peut entraîner chez elle une incapacité totale permanente ? »

Il est regrettable que le magistrat recoure, dans une même formule introductive, à la notion d'incapacité totale et à celle d'espérance de vie : il donne, en effet, l'impression d'avoir hésité entre les deux types de risque ou d'avoir procédé à leur fusion, dans le sens d'une absorption du risque d'incapacité dans le risque de décès. Cette hésitation ou cette fusion ne se justifie guère. Il est, croyons-nous, possible que, dans le cas exclusif d'une assurance-décès, les entorses n'aient pu constituer, aux yeux d'un assureur raisonnable, un facteur susceptible d'affecter de façon importante sa décision d'accepter le risque ou sa détermination de la prime. Mais devrait-il nécessairement en être ainsi, dans le cas d'un risque d'invalidité totale, en supposant, bien entendu, une preuve sérieusement administrée par l'assureur en cause ? La relation logique entre les entorses lombaires et le risque de décès n'est sans doute pas évidente, alors qu'il est bien plus vraisemblable d'établir un tel lien entre ces entorses et le risque d'invalidité, cette *connexité* – pour reprendre les termes du juge Bissonnette dans l'arrêt *Alliance* – pouvant davantage ici « se présenter logiquement à l'esprit ».

73

En supposant que le juge ait, dans l'espèce à l'étude, véritablement procédé à l'absorption du risque d'invalidité dans le risque de décès – hypothèse non certaine, mais plausible – d'aucuns pourraient sans doute approuver le procédé en soulignant que la garantie d'exonération du paiement des primes pour invalidité totale n'est qu'une garantie accessoire à l'assurance ayant pour risque le décès : l'accessoire ne devrait-il pas suivre le principal ?

1. La règle générale du caractère accessoire de l'assurance complémentaire

Même dans les systèmes juridiques où elle n'a pas été – contrairement au droit québécois contemporain – consacrée par le législateur, la règle de l'accessoire est appliquée à l'assurance complémentaire :

Pour la doctrine et la jurisprudence françaises, par exemple, il est normal que l'assurance complémentaire, conçue pour donner une pleine efficacité à l'assurance-vie sur laquelle elle se greffe, entre « dans la dépendance » de cette dernière ; elle suit donc le sort de l'assurance principale, tant au chapitre de la durée de la garantie qu'à celui de ses modalités contractuelles : c'est ainsi que le principe niant à l'assureur sur la vie l'action en paiement des primes s'applique à propos d'une assurance complémentaire – même si elle a fait l'objet d'une police séparée – alors que l'assureur dispose de ce droit d'action dans le cas des assurances-maladie ou accidents ordinaires.

74

Sur l'essentiel, toutefois, l'assurance complémentaire jouit, en droit français, d'une autonomie certaine : elle n'est pas, en soi, une assurance sur la vie ; les prestations respectivement promises par la garantie principale et par la garantie accessoire sont fondamentalement indépendantes. Il serait absurde, tant en France que partout ailleurs, qu'au nom de la règle générale de l'accessoire, l'assureur sur la vie doive verser, en cas d'invalidité, le montant du capital stipulé au titre de la garantie principale. Certes, certains contrats prévoient cette possibilité ; cela ne contredit pas, cependant, le principe de l'autonomie des prestations, puisque c'est la garantie complémentaire elle-même qui a, par hypothèse, prévu cette solution ; de plus, cette somme n'est pas, en ce cas, censée verser dans le cadre de l'assurance-vie elle-même puisque – et notre jurisprudence l'a clairement énoncé – cette somme est exclusivement destinée au preneur du contrat et non au bénéficiaire désigné de l'assurance-vie.

Certes, la frontière entre le contingent et l'essentiel – entre la dépendance et l'autonomie – peut parfois être difficile à établir. Mais il n'est pas douteux, à notre avis, que l'appréciation de la pertinence d'une déclaration initiale de risque entre dans le champ de l'essentiel et, donc, de l'autonomie. S'il y a, sans conteste, autonomie de la prestation prévue par l'assurance complémentaire par rapport à la prestation que prévoit l'assurance principale, c'est parce que le risque sur lequel elle repose est essentiellement distinct du risque de décès. L'appréciation de la pertinence d'une déclaration inexacte ou d'une réticence devrait donc, sur la base de cette même autonomie, se faire exclusivement en référence au risque d'invalidité.

2. La règle codifiée de l'accessoire (article 2474 du Code civil)

Cette conclusion de principe n'est-elle pas au Québec, depuis le 20 octobre 1976, susceptible d'être remise en cause par l'article 2474 du Code civil qui dispose, entre autres, que « les clauses d'assurance contre la maladie ou les accidents qui sont accessoires à un contrat d'assurance sur la vie (. . .) sont (. . .) soumises aux règles régissant le contrat auquel elles sont accessoires » ?

Cette question se pose dans la mesure où l'article 2474 ne semble pas distinguer entre le contingent et l'essentiel : la règle de l'accessoire joue-t-elle désormais dans tous les cas ? Nous ne le croyons pas.

75

D'abord, cette disposition législative nouvelle ne traite que des *règles* concernant le contrat principal : on ne peut raisonnablement inclure dans les *règles*, qui sont des normes – qu'elles soient législatives ou réglementaires, voire jurisprudentielles – l'analyse de la pertinence d'une déclaration ou d'une réticence initiale de risque, puisqu'il s'agit là d'un procédé, d'une méthode. De plus, l'expression *règles régissant* réfère vraisemblablement aux notions de *régime juridique* et de *modalités contractuelles*, épargnant les questions de substance, comme la qualification du risque considéré.

Plus fondamentalement, enfin, on ne peut croire qu'en édictant cet article, le législateur ait voulu une solution absurde : de même qu'il n'a sûrement pas voulu procéder à une amalgamation des prestations respectivement prévues par la garantie principale et par la garantie complémentaire, de même n'a-t-il pu vraisemblablement désirer la fusion des risques eux-mêmes au chapitre de l'évaluation de la pertinence.



En supposant que l'inexactitude de la réponse du proposant ait été découverte à compter de la deuxième année de la conclusion du contrat, la règle – originaire de la pratique – de l'incontestabilité, aujourd'hui prévue, en assurance de personnes, par l'article 2515 du Code civil, eût pu entraîner un jugement inattaquable, et sur le plan de la solution et sur celui des motivations. Étant donné, d'une part, la présomption générale de bonne foi, non combattue, selon les apparences de l'espèce, par une preuve contraire de l'Industrielle, le preneur aurait pu s'épargner toute sanction civile, même si son incapa-

citée s'est manifestée à l'intérieur de ce même délai ; d'autre part, le juge, dégagé – sur un plan pratique – de la nécessité d'une étude approfondie de la pertinence de la déclaration inexacte, eût pu ainsi éviter d'emprunter les regrettables chemins, que nous avons signalés au niveau des motivations, sur la piste desquels, il faut le répéter, il a en grande partie été dirigé par le système de preuve de l'assureur lui-même.

76

Pour élargir les cadres propres à cette affaire, et en supposant qu'un assureur réussisse à s'acquitter de son fardeau de preuve, il faut comprendre la gêne extrême que peut éprouver un magistrat à accorder la sanction demandée, dans le cas d'un preneur de bonne foi. En assurance de personnes, en effet, c'est à cet égard la règle du *tout ou rien* : le réclamant aura droit à l'intégralité de la prestation dans l'hypothèse de l'application de la règle de l'incontestabilité, alors qu'il n'aura droit à rien dans l'hypothèse contraire, puisque la sanction de droit commun, la nullité, doit alors être appliquée en dépit de la bonne foi de l'auteur de la déclaration ou de la réticence, et en dépit du fait que les circonstances en cause n'aient pu influencer l'assureur dans la décision d'accepter le risque, mais aient pu tout simplement influencer dans l'établissement de la prime ; de plus, à moins d'une clause contractuelle contraire, la règle de la réduction proportionnelle de la garantie prévue, en cas de bonne foi, par l'article 2488 du Code civil, ne concerne, contrairement au droit français, que les assurances de dommages.

Il y a lieu, à notre avis, de réfléchir sur le caractère opportun de l'exclusion de la réduction proportionnelle du champ de l'assurance de personnes. Certes, l'application de la réduction à cette catégorie d'assurance ne va pas sans poser aux juges d'outre-Atlantique des problèmes sérieux, quoique non insurmontables, au niveau du quantum de la fraction applicable ; elle aurait toutefois, si elle était retenue par le législateur québécois, l'avantage d'éviter toute escalade démesurée dans la sévérité de l'appréciation de la pertinence ; elle permettrait ainsi de concilier, dans la plupart des cas, l'impératif de justice à l'égard du réclamant avec l'impératif de justice à l'égard de la *mutualité* à laquelle le preneur a adhéré, entité invisible, dans la stricte relation contractuelle, et que l'on a trop souvent tendance à négliger.