

REPUBLIQUE FRANÇAISE
AU NOM DU PEUPLE FRANÇAIS

L' AN DEUX MIL QUATRE
et le 21 Avril

LE TRIBUNAL D'INSTANCE DE SENLIS
Siégeant à Senlis, Cité Judiciaire

a, dans la cause entre :

DEMANDEUR :

Monsieur CA

Minute : 169

Affaire n° : 02-000172

représenté par Me THAVARD, avocat du barreau de Senlis
ET

DEFENDEUR :

SA C.

représentée par Me LUNEAU, avocat du barreau de BOULOGNE

Grosse et Copie
le
à
Copie

Statué ainsi qu'il suit, en audience publique,

JUGE : Madame HEBERT-PAGEOT M.C., Vice-Président
Madame BOCHTER C. Auditrice de Justice, ayant siégé en
surnombre et ayant assisté avec voix consultative au délibéré

DATE DES DEBATS : 5 novembre 2003

GREFFIER : Madame DUPUIS A.M.



FAITS - PROCEDURE - PRETENTIONS DES PARTIES

Par acte en date du 30 Avril 2002, Monsieur CA a assigné la SA C. devant le Tribunal d'Instance de Senlis afin d'obtenir la mise en oeuvre de l'assurance contractée à l'occasion de la souscription de 4 crédits auprès des sociétés COFICA, CETELEM et FACET, et le paiement :

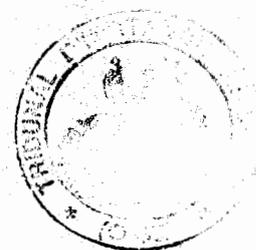
- des mensualités en cours ;
- d'une provision d'un montant de 17.973,17 Euros avec intérêts au taux légal à compter de l'assignation.

La Société C. a conclu au rejet des demandes de Monsieur CA.

Par jugement du 18 juin 2003, le Tribunal a décidé de soumettre à la Commission des clauses abusives, les clauses d'exclusion contenues dans les contrats conclus entre Monsieur CA et CETELEM et FACET dans la mesure où lesdites clauses ne comportaient pas, contrairement aux recommandations de ladite Commission, de limitation quant à la date de la maladie antérieure, et a sursis à statuer dans l'attente de l'avis.

Par avis daté du 26 Septembre 2003, la Commission des Clauses Abusives a considéré que les clauses en cause étaient rédigées de façon claire et compréhensible et ne pouvaient être déclarées abusives.

A l'audience du 5 novembre 2003, Monsieur CA. représenté par son avocat a maintenu ses demandes et a sollicité une indemnité de 915 Euros sur le fondement de l'article 700 du Nouveau Code de Procédure Civile.



A l'appui de ses prétentions, il conteste tout lien entre la maladie dont il est affecté et ses antécédents algiques dorsaux. Il soutient qu'il n'a présenté aucune symptomatologie dans l'année précédant la souscription des contrats et que la clause invoquée par la défenderesse est abusive en ce que, contrairement à la recommandation n° 90-01 du 10 novembre 1989 de la Commission des Clauses Abusives, aucune date limite quant aux incidents de santé à déclarer n'est insérée dans lesdites stipulations. Il ajoute en outre que la Commission n'a pas répondu sur ce point précis comme il lui était demandé par le Tribunal.

En réponse, la société C. représentée à l'audience par son avocat, a :

- conclu au débouté de Monsieur CA

- et sollicité subsidiairement une expertise médicale afin d'apprécier la réalité de l'état de santé de Monsieur CA

A l'appui de ses prétentions, elle affirme que Monsieur CA n'a rempli aucun questionnaire médical préalable à son adhésion et n'a signé que des déclarations de bonne santé de sorte qu'elle ne peut satisfaire à l'injonction qui lui avait été faite de produire ces questionnaires.

Elle soutient également qu'il apparaît à l'examen des différentes constatations effectuées par les médecins que l'affection dont souffre Monsieur CA est antérieure à son adhésion aux contrats d'assurance, que dès lors, elle est bien fondée, par application des stipulations desdites polices à refuser la mise en jeu de sa garantie. Elle affirme en outre que ces stipulations ne sont nullement abusives et, en définissant les limites de la garantie, elles ne sont que l'application du principe d'aléa gouvernant les contrats d'assurance.



MOTIFS

1°) - Sur l'existence d'une clause abusive

L'article 1134 du Code Civil dispose en son premier alinéa que les conventions légalement formées tiennent lieu de loi à ceux qui les ont faites.

L'article L 132-1 du Code de la Consommation prévoit quant à lui que dans les contrats conclus entre les professionnels et les non-professionnels ou consommateurs, sont abusives les clauses qui ont pour objet de créer, au détriment du non-professionnel ou du consommateur, un déséquilibre significatif entre les droits et obligations des parties au contrat.

Il n'est pas contesté que Monsieur CA> a souscrit des contrats d'assurance groupe auprès de la SA C. lorsqu'il a contracté des crédits auprès des sociétés CETELEM, FACET et COFICA et couvrant notamment les risques décès, invalidité permanente et totale, maladie accident et qu'il a, par sa signature, reconnu l'opposabilité des conditions générales d'assurance.

L'étude des stipulations de ces polices fait apparaître que les clauses relatives à l'étendue de la garantie excluent le bénéfice de cette dernière dans l'hypothèse où la maladie de l'assuré résulterait des << suites, conséquences, rechutes ou récurrences de maladie ou d'accident antérieures à la date d'adhésion à l'assurance >> qui auraient été déclarées dans le questionnaire médical préalable ou qui seraient antérieures à la date de prise d'effet de la garantie.

En l'espèce, il résulte des déclarations non contestées de la défenderesse et de l'examen des contrats versés aux débats que Monsieur CA n'a pas rempli de questionnaires médicaux préalables et a simplement par son adhésion à l'assurance, déclaré être en bonne santé de sorte que la SA C ne peut satisfaire à l'injonction qui lui avait été faite par ce Tribunal de produire lesdits questionnaires.



Monsieur CA se prévaut de l'absence d'insertion dans les clauses litigieuses, d'une limite dans le passé quant à la déclaration d'incidents de santé.

La recommandation 90-01 établie par la Commission des Clauses Abusives préconise qu'il soit fixé un butoir dans le passé, pour les incidents de santé à déclarer.

Par avis du 18 septembre 2003, la Commission des Clauses Abusives a considéré que les clauses litigieuses, présentées comme des exclusions, étant exemptes d'obscurité ou d'inintelligibilité et étant rédigées de façon claire et compréhensible, ne devaient pas être déclarées abusives.

Il apparaît que la recommandation 90-01 concerne la déclaration d'ordre médical que doit remplir le futur adhérent, et non directement les exclusions de garantie.

Pour ces dernières la Commission des Clauses Abusives recommande que les exclusions de garanties, figurent, conformément à la loi, en caractères très apparents et qu'elles soient formelles et limitées.

Dans la mesure où les stipulations litigieuses figurent en caractères gras et apparents, et sont bien compréhensibles, il n'y a pas lieu de déclarer ces clauses abusives.

La SA C est donc fondée à les opposer à Monsieur CA



2°) - Sur la mise en jeu de la garantie

Il résulte de l'examen des contrats versés aux débats que la garantie <<maladie-accident>> due par l'assureur ne peut être engagée si l'affection dont se prévaut l'assuré résulte d'une maladie ou d'un accident antérieur à la date de prise d'effet des garanties.

En l'espèce, il résulte du dossier, que Monsieur CA est en arrêt de travail depuis mai 1999, que la maladie dont il souffre est une lombalgie aiguë avec sciatalgie à bascule et il faut remarquer que le Docteur Eric PELLET, médecin ayant procédé, conformément à l'accord intervenu entre les parties, à l'examen de Monsieur CA, confirme que l'arrêt de travail de ce dernier était effectivement dû à cette lombalgie aiguë avec sciatalgie à bascule.

Et, ce même médecin constate que Monsieur CA a rencontré dans le passé des problèmes de lombalgie en 1978 et 1983 avec attribution d'une rente d'incapacité permanente en raison des << séquelles d'un lumbago traumatique sur colonne pathologique d'une part et sur état antérieur traumatique analogue déjà indemnisé d'autre part consistant en une aggravation par l'accident du travail des séquelles antérieures>>.

Le Docteur PELLET relève également que le médecin traitant de Monsieur CA avait fait procéder sur ce dernier en 1996 à un scanner montrant une hernie discale L5-S1 et L4-L5.

Or, il faut remarquer que les examens complémentaires pratiqués consécutivement à la survenance de la lombalgie dont souffre Monsieur CA permettent d'établir qu'il existe un rétrécissement acquis << au niveau L3-L4/L4-L5 et une hernie en partie calcifiée latéralisée à gauche au niveau L5-S1>> soit un rétrécissement relatif aux mêmes lombaires pour lesquelles le demandeur souffrait d'une hernie discale en 1996.



Dès lors, compte tenu des fragilités et douleurs dorsales constatées depuis plusieurs années sur la personne de Monsieur CA , il y a lieu, comme l'a conclu le Docteur PELLET et sans qu'il y ait lieu d'exposer les frais d'une nouvelle expertise, de considérer que la lombalgie aiguë dont il souffre est liée à l'état pathologique de sa colonne vertébrale.

En conséquence, il y a lieu de débouter Monsieur CA de sa demande de garantie par la SA C. et ce en application des stipulations contractuelles.

3°) - Sur les autres demandes

En application de l'article 696 du Nouveau Code de Procédure Civile, il n'est pas inéquitable, compte tenu des situations financières respectives des parties, de laisser à la charge de chacune des parties, les frais irrépétibles qu'elles ont exposés.

PAR CES MOTIFS

Le Tribunal statuant publiquement, contradictoirement et en premier ressort.

DEBOUTE Monsieur CA des fins de sa demande.

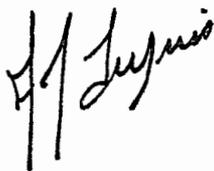


CONDAMNE Monsieur CA aux dépens.

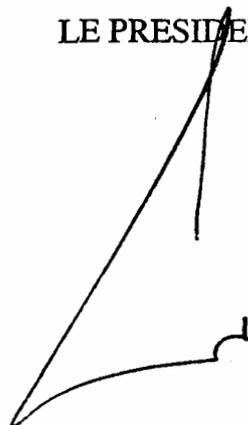
DISPENSE Monsieur CA du paiement d'une indemnité au titre des frais irrépétibles.

AINSI JUGE ET PRONONCE AUX JOUR MOIS ET AN QUE DESSUS ET LE PRESIDENT A SIGNE AVEC LE GREFFIER.

LE GREFFIER,



LE PRESIDENT,



22 AVR. 2004

Pour copie certifiée
conforme à la minute

