# Assurance maladies graves : Un preneur cache son véritable état de santé dans le but de tromper l'assureur

25 janvier 2024

## Auteurs


Judith Rochette

Associée, Avocate

Pierre-Olivier Tremblay-Simard

Avocat


Récemment[1], la juge Isabelle Germain de la Cour supérieure s'est prononcée sur un cas de fraude à l'assurance dans l'affaire *Paul-Hus* c. *Sun Life Canada, compagnie d'assurance-vie*[2]. Ce jugement illustre la nécessité pour le preneur de répondre en toute franchise aux questions de l'assureur; s'il tente d'induire l'assureur en erreur, il devra en supporter les conséquences.

Dans cette affaire, le demandeur Daniel Paul-Hus (Paul-Hus) réclamait la somme de 150 000$ à la Sun Life Canada, soit la prestation d'assurance maladies graves prévue à la police d'assurance souscrite par son entreprise (dont il était l'unique actionnaire et administrateur) en 2015, ainsi que 50 000$ en troubles et inconvénients engendrés par le refus de Sun Life de respecter ses engagements contractuels.

Paul-Hus alléguait souffrir de sclérose latérale amyotrophique (SLA) diagnostiquée le 1er février 2018. Il soumet le formulaire de réclamation le 16 août 2018. La Sun Life refuse sa demande de règlement puisque l'évaluation de son dossier médical révèle que ses antécédents médicaux ne correspondent pas aux renseignements fournis lors de l'entrevue téléphonique du 17 mars 2015.

La Sun Life invoque la nullité du contrat en raison de fausses déclarations de Paul-Hus lors du questionnaire auquel il a été soumis au moment de la souscription de la police d'assurance. Essentiellement, Sun Life soutient que Paul-Hus n'a pas répondu correctement à certaines questions du questionnaire et que s'il l'avait fait, l'assureur n'aurait pas émis la police assurance maladies graves.

La preuve révèle que lors de l'entrevue téléphonique le 17 mars 2015, Paul-Hus devait répondre à

*Copyright (c) Lavery, de Billy, S.E.N.C.R.L. - L.L.P.*

des questions sur ses habitudes de vie, son état de santé actuel et ses antécédents médicaux. Des questions du questionnaire médical de la Sun Life visait notamment à vérifier si Paul-Hus ressentait une faiblesse à un bras et si un médecin lui avait recommandé des tests ou s'il était en attente de résultats. À ces questions, Paul-Hus répond par la négative.

Or, l'examen du dossier démontre que ces réponses sont inexactes. En effet, alors que la police d'assurance a été émise le 17 mars 2015, il ressort de la preuve que Paul-Hus avait consulté son neurologue quelques semaines auparavant, le 24 février 2015, en raison d'une faiblesse à la main gauche, dont les symptômes étaient apparus progressivement depuis août 2013. À ce moment, des tests additionnels sont prescrits (imagerie cervicale et cérébrale, résonnance magnétique et de nombreux tests sanguins). Pourtant, à sa *Demande introductive d'instance*, Paul-Hus soutient qu'au moment de l'émission de la police, il ne ressent ou ne soupçonne aucun symptôme de maladie et prétend que selon les médecins, le développement de la maladie a été soudain.

Dans son jugement, la juge Germain revient sur les principes en matière de déclaration du risque en assurance et rappelle que les déclarations inexactes peuvent mener à la nullité du contrat[3]. Toutefois, dans cette affaire, la police était en vigueur depuis plus de deux ans au moment de la demande d'indemnisation, de sorte que pour conclure à la nullité de la police, l'assureur devait prouver la fraude[4] (l'intention de Paul-Hus de cacher son véritable état de santé).

La juge Germain retient que la Sun Life a rempli son fardeau de démontrer le caractère frauduleux des agissements de Paul-Hus. Outre son dossier médical, Sun Life produit l'enregistrement de l'entrevue téléphonique tenue le 17 mars 2015, ainsi que la transcription de cette entrevue. De l'avis du tribunal, il est clair que Paul-Hus était en investigation en neurologie en raison d'une faiblesse au bras gauche au moment où il remplit le questionnaire. Bien que lors de son témoignage au procès[5], il ait affirmé ignorer que ces informations pouvaient avoir un impact sur la décision de l'assureur, la juge Germain ne retient pas sa version. Pour la juge Germain, la preuve administrée par l'assureur démontre que Paul-Hus avait l'intention de tromper la Sun Life.

Cela dit, conformément aux exigences de l'article 2408 C.c.q., Sun Life devait démontrer non seulement qu'elle n'aurait pas couvert ce risque si elle avait connu les nouveaux renseignements provenant de la demande de règlement, selon ses propres normes de souscription, mais que tout assureur raisonnable aurait refusé d'émettre la couverture d'assurance maladies graves dans les circonstances. Sun Life remplit aussi ce fardeau et complète cette « preuve de matérialité », par le témoignage d'une experte en tarification.

Enfin et au surplus, Paul-Hus soutenait avoir reçu un diagnostic de sclérose latérale amyotrophique (SLA), ce qu'il n'a pas réussi à démontrer en preuve. Lorsque contre-interrogé à ce sujet, Paul-Hus a admis n'avoir jamais reçu un tel diagnostic. Il présentait plutôt une maladie du neurone moteur inférieur, laquelle ne se qualifiait pas de « maladie grave » aux termes de la police.

En conclusion, de l'avis de la Cour, l'assuré a sciemment induit l'assureur en erreur et a faussé son évaluation du risque afin d'obtenir une protection d'assurance. De plus, étant donné que Paul-Hus n'était pas assurable dans le cadre d'une couverture d'assurance maladies graves aux yeux d'un assureur raisonnable, la Cour conclut à la nullité *ab initio* du contrat d'assurance et à sa résiliation.

Cette décision rappelle donc l'importance pour un assuré de répondre avec honnêteté au questionnaire de l'assureur lors de la déclaration initiale du risque :

> « [55] De l'avis du Tribunal, Paul-Hus a fait défaut de répondre avec sincérité au questionnaire. Il n'a pas agi comme un assuré raisonnable. Il connaissait l'importance de répondre avec honnêteté aux questions posées lors du questionnaire téléphonique. Le contrat d'assurance en est un de la plus haute bonne foi, particulièrement quand il est question de l'évaluation du risque. »

*Copyright (c) Lavery, de Billy, S.E.N.C.R.L. - L.L.P.*

Il est intéressant de noter que dans cette affaire, le témoignage de Paul-Hus à l'audition a été rendu par visioconférence. Voici ce que la juge Germain écrit à ce sujet :

> [49] Pendant son témoignage à l'instruction par visioconférence il est observé que Paul-Hus consulte un document, lequel sera obtenu et produit par Sun Life. Il s'agit de la lettre de refus de Sun Life du 28 décembre 2018 qu'il a annotée des mentions « bonne foi » et « répondu non en toute bonne foi j'étais en attente de rien aucun résultat ». Il paraît pour le moins curieux qu'il prenne la peine d'écrire ces termes en guise de rappel et sente le besoin de les répéter à de multiples reprises dans le cadre de son témoignage et lorsque contre-interrogé.
>
> [50] Or, il ne suffit pas de répéter que l'on a été de bonne foi pour justifier pareilles omissions.

Paul-Hus a porté la décision de la juge Germain en appel, et Sun Life a présenté une Demande en rejet d'appel, laquelle a été rejetée le 15 janvier 2024[6]. Nous devrons donc attendre le dénouement de cette affaire devant la Cour d'appel.

**En résumé…**

Le contrat d'assurance se caractérise essentiellement par le risque qu'il couvre et ce que l'assureur est prêt à supporter comme risque pour une prime donnée. Le *Code civil du Québec* reconnaît deux moments précis où la déclaration réelle du risque est fondamentale : la déclaration initiale du risque avant la formation du contrat[7] et l'aggravation du risque en cours de contrat[8].

Cette déclaration est essentielle à l'assureur pour déterminer avec précision l'étendue du risque et le montant de la prime qu'il exigera s'il accepte de couvrir. C'est généralement au stade de la déclaration initiale que la plus haute bonne foi de l'assuré doit se refléter, alors que cette déclaration met la table à la relation contractuelle à venir ainsi qu'à ses modalités. Un assuré sera réputé avoir correctement rempli son obligation « lorsque les déclarations faites sont celles d'un assuré normalement prévoyant, qu'elles ont été faites sans qu'il y ait de réticence importante et que les circonstances en cause, sont en substance, conforme à la déclaration qui en est faite »[9].

Puisqu'il incombe à l'assuré de renseigner l'assureur sur les éléments pertinents qui modifieraient son appréciation du risque, i.e. une obligation positive de divulgation, il est tout à fait logique que le Code civil prévoie une conséquence en cas de manquement à cette obligation de la part de l'assuré. Un assuré qui fait de fausses déclarations peut donc voir son contrat d'assurance annulé *ab initio*[10]. Autrement dit, le contrat d'assurance sera réputé n'avoir jamais existé puisque la base même sur lequel il repose, soit la déclaration initiale du risque, est vicié. Notons que cette nullité ne sera que relative et que l'assureur peut ainsi faire le choix de ne pas la soulever. Le tribunal, après avoir entendu la preuve, ne pourrait donc d'office prononcer la nullité du contrat d'assurance.

L'assureur a deux (2) ans après l'entrée en vigueur du contrat d'assurance pour en demander la nullité *ab initio* sur la base d'une fausse déclaration ou d'une réticence portant sur le risque[11]. Le fardeau de preuve de l'assureur, dans ce contexte, se résume à démontrer que l'assuré a fait de fausses représentations ou réticences.

**La fraude à l'assurance**

Une fois ce délai de deux (2) ans suivant l'entrée en vigueur expiré, l'assureur a un fardeau de preuve supplémentaire : il doit aussi démontrer que l'assuré a commis une fraude[12].

La fraude se distingue des simples fausses déclarations ou réticences. Elle résulte entre autres de la fausse représentation d'un fait, ou de l'omission d'un fait, en ayant conscience que, si la vérité

*Copyright (c) Lavery, de Billy, S.E.N.C.R.L. - L.L.P.*

était dite, l'assureur n'émettrait pas la police aux conditions négociées. Il faut donc que l'assuré ait eu l'intention de tromper l'assureur afin d'obtenir un avantage qu'il n'aurait pas autrement obtenu.

Il s'agit donc d'un lourd fardeau qui repose sur les épaules de l'assureur lorsque le contrat franchit l'étape des deux ans, car la fraude ne se présume pas et doit être établie de façon prépondérante.

**Le fardeau de preuve**

Peu importe que nous soyons à l'intérieur du délai de deux (2) ans ou après, l'assureur devra : **(1)** démontrer qu'il n'aurait pas conclu le contrat selon ses propres critères de souscription et **(2)** qu'un assureur raisonnable placé dans les mêmes circonstances (donc en présence de fausses déclarations/réticences ou d'une fraude) aurait lui aussi refusé d'assurer[13].

Donc, en résumé, **avant l'expiration** du délai de deux (2) années suivant l'entrée en vigueur de la police, l'assureur voulant demander la nullité *ab initio* du contrat devra prouver :

1. Que l'assuré a fait de fausses déclarations ou de la rétention d'information lors de la déclaration initiale du risque;
2. Qu'il n'aurait pas conclu le contrat selon ses critères de souscription s'il avait eu connaissances des informations retenues;
3. Qu'un assureur raisonnable placé dans les mêmes circonstances aurait lui aussi refusé de prendre en charge ce risque.

**Après l'expiration** du délai de deux (2) années suivant l'entrée en vigueur de la police, l'assureur voulant demander la nullité *ab initio* du contrat devra prouver :

1. Que l'assuré a fait de fausses déclarations ou de la rétention d'information lors de la déclaration initiale du risque **ET** qu'il avait l'intention de tromper l'assureur;
2. Qu'il n'aurait pas conclu le contrat selon ses critères de souscription, s'il avait eu connaissances des informations retenues;
3. Qu'un assureur raisonnable placé dans les mêmes circonstances aurait lui aussi refusé de prendre en charge ce risque.

---

1. Jugement rendu le 3 octobre 2023; l'affaire a été plaidé les 25 et 26 mai 2023.
2. 2023 QCCS 3890; cette décision a été portée en appel (200-09-010693-239) et l'appel fut rejeté le 16 janvier 2025 (2025 QCCA 41).
3. Art. 2410 C.c.Q.
4. Art. 2424 C.c.Q.
5. Par visioconférence.
6. Paul-Hus c. Sun Life Canada, compagnie d'assurance-vie, 2024 QCCA 46
7. Art. 2408 et 2409 C.c.Q.
8. Art. 2466 et ss. C.c.Q.
9. Art. 2409 C.c.Q.
10. Si la fausse déclaration porte uniquement sur l'âge de l'assuré, la nullité du contrat ne pourra pas être prononcée (art. 2410 C.c.Q.), sauf si son âge véritable se trouve hors des limites assurées par l'assureur (art. 2411 C.c.Q.)
11. Art. 2424 C.c.Q.
12. Code civil, art. 2424 al. 1 C.c.Q.
13. CGU compagnie d'assurance du Canada c. Paul, 2005 QCCA 315, par. 2 et art. 2408 C.c.Q.;

*Copyright (c) Lavery, de Billy, S.E.N.C.R.L. - L.L.P.*