

Les assurances de placement, la gestion des clauses bénéficiaires et l'exagération manifeste des primes : un triptyque sous les feux de l'actualité jurisprudentielle.



La loi du 13 juillet 1930, qui ignorait le phénomène des assurances de placement tel qu'il se présente aujourd'hui à hauteur de plus de 1800 milliards d'euros, continue de régir substantiellement ces contrats autant voués à la prévoyance personnelle qu'à la transmission de l'épargne accumulée. Deux de ces textes presque centenaires ont ainsi été récemment sollicités au soutien de décisions de la Cour de cassation, dont l'importance tient à ce qu'elles touchent aux mécanismes essentiels de l'assurance sur la vie.

1) L'article L.132-8 du Code des assurances, qui organise les droits du tiers bénéficiaire d'une assurance décès, énonce dans son alinéa 6 que sa désignation ou sa substitution « *peut être réalisée soit par voie d'avenant au contrat, soit en remplissant les formalités édictées par l'article 1690 du Code civil, soit par voie testamentaire* ». Doit-on considérer cette disposition comme ouverte, laissant place à tout mode de désignation/révocation du bénéficiaire pourvu qu'il soit dénué d'ambiguïté, ou fermée, n'autorisant que trois modes d'expression de volonté de l'assuré avant son décès ? Ce débat est au cœur de l'arrêt rendu par la Cour de cassation le 10 mars 2022 (**Civ. 2<sup>ème</sup>, 10 mars 2022, n° 20-19.655**), à propos de la désignation par l'assuré de son fils, puis de sa révocation au profit de son épouse jusqu'alors bénéficiaire subsidiaire avant que, par un ultime revirement de volonté, ledit assuré n'en revienne à l'attribution des capitaux à son enfant. Toute la difficulté tient en l'occurrence à ce que la révocation finale de l'épouse s'était accomplie par une lettre simple, qui plus est découverte et transmise à l'assureur plus d'un an après le trépas du souscripteur, alors que celui-ci s'était depuis longtemps libéré des fonds entre les mains du conjoint survivant ! Déjà saisie précédemment de ce conflit de droits, la Cour de cassation avait opté pour la lecture fermée de l'article L.32-8 al. 6, écartant de la sorte la lettre ultime de l'assuré, dès lors qu'il n'était pas au moins « *caractérisé que cet écrit constituait un testament olographe (dont le bénéficiaire) aurait été fondé à se prévaloir* » (**Civ. 2<sup>ème</sup>, 13 juin 2019, n° 18-14.954**). Il restait donc à vérifier que cette lettre ne puisse valoir testament olographe, en étant rédigée et signée de la main du testateur (C. civ., art. 970). C'est ce que considère finalement la Cour

d'appel de renvoi, approuvée cette fois par la Cour de cassation qui souligne à l'occasion de sa seconde saisine que la révocation « *n'a pas lieu, pour sa validité, d'être portée à la connaissance de l'assureur lorsqu'elle est réalisée par voie testamentaire* ». De ce litige à rebondissements, trois conclusions pratiques nous semblent pouvoir être tirées. *Primo*, la page de la liberté de désignation/révocation est définitivement tournée, mettant fin à d'autres modes d'expression de l'assuré tels que des lettres non testamentaires, courriels et autres documents divers tels que l'inscription de la clause dans une convention de divorce. *Secundo*, la fragilité du testament olographe se confirme à cette occasion, puisque sa découverte tardive contraste avec l'inscription au fichier central des dispositions de dernière volonté des testaments authentiques, garantissant leur identification rapide par le notaire en charge du règlement successoral. *Tertio*, le versement des fonds au bénéficiaire erroné par l'assureur n'emportera aucune conséquence pour celui-ci. Proche d'un cas de force majeure, la révélation déphasée de la lettre testamentaire relève du cas visé par l'article L. 132-25 C. ass., lequel libère la société d'assurances qui n'a pas eu connaissance de la dernière désignation, dès lors que celle-ci était « de bonne foi ». La situation devient dès lors très inconfortable pour le fils non attributaire des capitaux décès, contraint d'agir en répétition contre sa mère, au risque de supporter son insolvabilité. Un croisement entre testament authentique et document d'assurance - avenant ou bulletin d'adhésion des contrats collectifs - est à nos yeux nettement préférable, le premier relatant les coordonnées de l'assurance-décès et le second renvoyant à l'étude notariale dépositaire de la clause testamentaire, afin que nul n'en ignore au jour du règlement des fonds...

2) L'article L. 132-13 du Code des assurances, qui déroge au versement hors succession des capitaux-décès en prévoyant le rapport et la réduction des primes versées si elles étaient « manifestement exagérées » eu égard aux « facultés » du souscripteur, est au centre de l'arrêt rendu par la Cour de cassation le 9 février 2022 (**Civ. 1<sup>ère</sup>, 9 fév. 2022, n° 20-18.544**). L'originalité de l'affaire tient à ce que l'assuré avait souscrit un premier contrat alimenté puis racheté complètement celui-ci avant de replacer les fonds sur un second contrat. Après son décès, son héritière entendait faire jouer l'article L. 132-13 C. ass. à l'encontre de la bénéficiaire désignée en soutenant que les primes du premier contrat « *sont sujettes à rapport et à réduction pour atteinte à la réserve, quand bien même le contrat d'assurance vie aurait été racheté par le souscripteur, dès lors que le produit de ce rachat a été réinvesti dans un autre contrat d'assurance vie* ». La Cour de cassation refuse de suivre la demanderesse au pourvoi, considérant au contraire que l'article L. 132-13 C. ass. « *ne s'applique pas aux primes versées sur un contrat d'assurance sur la vie racheté par son souscripteur* ». La position de la Haute juridiction pourrait paraître de prime abord surprenante, car on sait que celle-ci impose de contrôler l'exagération manifeste « *à la date des versements des primes* » (**Civ. 2<sup>ème</sup>, 16 déc. 2021, n° 20-11.805**). Mais cette position de principe, qui conduit à reconstituer l'historique du contrat et à rapprocher chaque versement des ressources et actifs du souscripteur disponibles à leur date, ne doit pas être analysée avec trop de dogmatisme. Il s'agit avant tout d'éviter de confondre le mécanisme de l'article L. 132-13 C. ass. avec celui du règlement successoral, qui impose quant à lui d'apprécier le respect de la réserve héréditaire à la seule date du décès du *de cuius* (C. civ., art. 913). Quant au rachat de l'assurance de placement, partiel ou total, il amoindrit par hypothèse les droits du bénéficiaire, et il serait incohérent de le tenir au rapport successoral du montant des primes exagérées alors que les capitaux finalement perçus seront inférieurs, voire inexistants.

Faute de pouvoir passer le premier contrat au crible de l'article L. 132-13 C. ass., le litige s'est alors déporté sur l'exagération manifeste des primes ayant alimenté le second, cette fois sans rachat à la clé par le souscripteur. La Cour de cassation rappelle, sans surprise (**Cass. ch. mixte, 23 nov. 2004, n° 01-13.592**), que l'excès éventuel doit s'évaluer « *eu égard à l'âge du souscripteur, à sa situation patrimoniale et familiale et à l'utilité que revêtait pour lui l'opération* ». La présente décision confirme la place prépondérante de ce dernier critère, qui permet d'écarter l'idée de libéralité indirecte soumise aux règles successorales rappelées par l'article L. 132-13 C. ass.. De fait, les sommes contestées n'étaient certes pas négligeables – 160.000 € - l'âge du souscripteur était sans doute élevé – 83 ans – mais le remplacement des fonds sur un nouveau contrat plus performant a convaincu le Juge de l'intérêt que portait l'assuré à la rentabilité de ses placements et partant de leur utilité, même sans ponction immédiate sur ses économies. En résumé, on soulignera que le rachat complet du contrat d'origine présente au moins un double intérêt juridique. Il fait d'abord sortir définitivement l'assurance initiale du débat de l'excès manifeste, alors que l'assuré était peut-être plus exposé à sa contestation du fait de ressources moins élevées qu'à la date du réinvestissement des sommes. En second lieu, ce rachat/remplacement accrédite l'utilité du nouveau contrat pour l'assuré, éloignant de ce fait le spectre de l'exagération manifeste des primes, par opposition aux risques que présentent sur ce plan des assurances « oubliées » par leur souscripteur après le versement d'une prime unique. Encore faut-il, pour que le souscripteur garde la maîtrise du rachat, que le bénéfice de l'assurance n'ait pas été accepté de son vivant par l'attributaire (C. ass., art. L. 132-9 I).

### Assurance d'emprunteurs : Quand l'exclusion de la couverture d'une dépression nerveuse devient parfois délicate : Cass. 2<sup>ème</sup> civ., 31 mars 2022, 19-24847

Un emprunteur s'assure contre le risque de non remboursement du prêt en cas de décès, de perte totale et irréversible d'autonomie, d'incapacité temporaire totale de travail et d'invalidité permanente d'un degré égal ou supérieur à 66 %. La notice d'information, qui reprend les conditions générales du contrat, précise que pour toutes les garanties autres que le décès, sont exclues « *les affections psychiques (y compris les dépressions nerveuses) sauf pendant les périodes d'hospitalisation en établissement spécialisé* ». L'emprunteur est hospitalisé en raison d'un état dépressif, puis placé en arrêt de travail et enfin en invalidité totale et définitive par décision du régime social des indépendants. Il conteste en justice le refus de prise en charge du remboursement du prêt et le règlement par l'assureur d'indemnités journalières contractuelles à un taux réduit, soutenant que la clause d'exclusion susvisée qui lui est opposée n'est pas suffisamment formelle et limitée, contrevenant de la sorte à l'exigence de l'article L.113-1 du Code des assurances (« *les pertes et les dommages occasionnés par des cas fortuits ou causés par la faute de l'assuré sont à la charge de l'assureur, sauf exclusion formelle et limitée contenue dans la police* »). La Cour d'appel de Caen lui donne tort, considérant que la clause litigieuse est rédigée en des termes clairs et précis, la formule « *affection psychique* » étant dénuée d'ambiguïté et ne nécessitant aucune interprétation, sans que l'assuré impute son placement en invalidité à une affection autre que son épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques. La Cour de cassation censure les juges du fond, au visa de l'article L. 113-1 C. cass., retenant que la « *clause d'exclusion de garantie, visant les affections psychiques, sans autre précision que celle incluant les dépressions nerveuses, à défaut d'être formelle et limitée, était nulle et ne pouvait, dès lors, recevoir application, peu important que l'affection dont était atteint M. [C] y soit énumérée* ».

Cette décision, dont les prémisses sont classiques, accroît indubitablement la sévérité du contrôle de la Cour de cassation sur les clauses d'exclusion en assurances d'emprunteurs et, par projection, sur l'ensemble des clauses d'exclusion. Classiquement, il est en effet acquis que toute clause requérant l'interprétation de ses termes par les juges saisis n'est pas suffisamment formelle et limitée au sens de l'article L.113-1 C. ass., car elle ne permet pas à l'assuré de mesurer la substance réelle de la garantie délivrée (**Cass. 2<sup>e</sup> civ., 20 janv. 2022, n° 20-10529**). Il en est ainsi des formules d'exclusion énumératives - « notamment... » - de l'usage de standards flous tels que la « méconnaissance des lois et règlements », ou le « non-respect des règles de l'art » etc... Pour autant, la Cour de cassation avait pu qualifier de formelle et limitée « *l'exclusion de garantie des dépressions nerveuses... les causes de la dépression étant, selon la clause précitée, sans influence sur l'exclusion de garantie* » (**Cass. 2<sup>e</sup> civ., 24 sept. 2020, n° 19-19484**). Du présent arrêt, comme d'un précédent (**Cass. 2<sup>e</sup> civ., 17 juin 2021, n° 19-24467** : la clause qui « *mentionne « et autre "mal de dos" » n'est pas formelle et limitée et ne peut recevoir application, peu important que l'affection dont est atteint M. [N] soit l'une de celles précisément énumérées à la clause* »), il s'évince que la seule illustration d'une forme d'affection plus générale ne suffit plus à fonder son exclusion, quand bien même le choix des termes serait en soi dénué d'ambiguïté. Face à ces contraintes formelles croissantes, l'assureur devra préférer l'espèce au genre. Concrètement, on peut augurer que la dépression nerveuse ne sera valablement écartée que si elle n'est pas présentée comme un exemple d'affection psychique, ceci imposant à l'assureur qui souhaiterait élargir le champ des exclusions psychiques d'établir une liste précise des causes susceptibles de conduire à une affection de cette nature.

### A propos de la portabilité de l'assurance santé et prévoyance en cas de liquidation judiciaire de l'emprunteur. : Civ. 2<sup>ème</sup>., 10 mars 2022, n° 20-20898

Une société est placée en liquidation judiciaire. L'Institution de Prévoyance en charge de la couverture « santé et prévoyance » des salariés licenciés résilie le contrat collectif conclu par l'entreprise, en respectant le délai de trois mois prévu par l'article L. 932-10 du Code de la sécurité sociale dans sa version applicable à la cause, et met ainsi fin aux garanties en vigueur. Toutefois, l'Institution de prévoyance formule une proposition de prolongation onéreuse du contrat, acceptée par le mandataire liquidateur qui règle la somme correspondante pour une durée de couverture de douze mois. Revenant sur cet accord, le liquidateur entend obtenir la répétition des sommes versées à l'Institution de prévoyance, soutenant notamment que la portabilité de l'assurance du risque santé et prévoyance joue, même en cas de liquidation judiciaire de l'employeur, sans condition d'existence d'un dispositif assurant le financement du maintien de ces couvertures. Rejoignant la Cour d'appel dans son analyse, la Cour de cassation souligne que la portabilité des droits des anciens salariés d'une entreprise en liquidation (C. séc. soc., art. L. 911-8 et L. 911-1) est certes d'ordre public, mais que ce maintien des droits implique que le contrat ou l'adhésion liant l'employeur à l'organisme assureur ne soit pas résilié. Face à une résiliation régulière de la couverture santé et prévoyance de l'IP, il relevait du libre choix du liquidateur de prolonger les garanties concernés, le paiement volontaire des cotisations litigieuses ne pouvant dès lors être qualifié de paiement indu.

- AUTEUR

Philippe PIERRE  
Professeur à l'Université de Rennes 1, Faculté de  
droit et de science politique

— RESPONSABLE DE LA PUBLICATION

Alice SIMOUNET  
a.simounet@racine-bordeaux.fr