

Les assurances d'emprunteurs sous les feux croisés de la législation et de la jurisprudence



Côté légal - La remontée des taux d'intérêt applicables aux emprunteurs immobiliers ne doit pas occulter le fait que, dans le coût du prêt, les primes de l'assurance décès-maladie-invalidité-accident représentent une fraction non négligeable. Sensible à ce constat économique, et à défaut de pouvoir jouer sur le calcul actuariel des cotisations, le législateur s'est employé par touches successives à renforcer le jeu de la concurrence entre les établissements de crédit et les assureurs qui leur sont associés, tout en développant l'accès au crédit pour les personnes à risque (V. déjà les lois n° 2014-344 du 19 mars 2014 et n° 2017-203 du 21 février 2017). Dernière étape de cette évolution, la loi n° 2022-270 du 28 février 2022, dite « loi Lemoine », ambitionne de garantir « *un accès plus juste, plus simple et plus transparent au marché de l'assurance emprunteur* ». Ce triple objectif engendre trois évolutions majeures du secteur.

- Selon l'article L. 113-12-2 nouveau du Code des assurances, l'assuré peut désormais, sans frais aucuns, « *résilier le contrat à tout moment à compter de la signature de l'offre de prêt* ». Cette mobilité presque absolue de l'assurance d'emprunteurs vient se substituer, pour toutes les offres de crédit émises à compter du 1^{er} juin 2022 puis pour les contrats en cours à compter du 1^{er} septembre 2022, au dispositif antérieur qui n'offrait cette faculté de résiliation *ad nutum* qu'au cours de la première année de l'assurance, avant que ne s'impose à nouveau le respect de la résiliation à échéance annuelle. Encore convient-il, mais c'est le minimum, que soit respectée la procédure ordinaire de résiliation (C. ass., art. L. 113-14, pour les modes de notification) et que le prêteur consente à cette substitution d'assureur qui ne doit pas amoindrir ses garanties initiales de remboursement (C. cons., art. L. 313-13). Il va sans dire, selon la logique d'un texte asymétrique car tourné vers la protection de l'emprunteur, que l'assureur ne bénéficie pas de cette facilité de rupture contractuelle. Il voit même s'amoindrir son droit de résiliation, en perdant celui lié à l'aggravation du risque sauf si celle-ci résulte d'un changement de comportement volontaire de l'assuré (rapp. C. ass., art. L. 113-1-4).

- Aux termes de l'article L. 113-2-1, 1° et 2° nouveau du Code des assurances, sont interdits les questionnaires de santé ordinairement remplis par les candidats à l'assurance d'emprunteur, dès lors que « *la part assurée sur l'encours cumulé des contrats de crédit n'excède pas 200 000 euros par assuré* » et à condition que «

l'échéance du remboursement des crédits concernés survienne avant le soixantième anniversaire de l'emprunteur » (disposition entrée en vigueur à compter du 1^{er} juin 2022, sans qu'il soit nécessaire d'attendre l'adoption de textes d'application, selon RM n° 417, JOAN 20 sept. 2022 p. 4133). Cette mesure n'est certes pas inconnue des assurances de personnes, puisque pratiquée dans les contrats d'assurance complémentaire santé « *solidaires et responsables* », soumis à une proscription de tels questionnaires (depuis L. n° 2018-1023 du 22 déc. 2018, art. 51). Mais l'abandon de ces outils d'évaluation des risques était jusqu'à présent associé à une démarche volontariste des assureurs, et encouragé par des avantages tels qu'une réduction de la taxe de solidarité additionnelle applicable aux contrats concernés (13,27% au lieu de 20,27%). Par son impérativité même, la loi Lemoine franchit un palier supplémentaire, en réduisant drastiquement les outils d'évaluation des risques à la disposition des entreprises d'assurances, même si d'autres types de questionnements – à l'instar de ceux portant sur les habitudes de vie des emprunteurs... - demeurent théoriquement disponibles.

- Enfin, la loi du 28 février renforce le champ du « *droit à l'oubli* » profitant aux anciens malades du cancer depuis l'instauration de la convention AERAS le 3 septembre 1991, telle que désormais consacrée légalement (C. sant. pub., art. L. 1141-2 à L. 1141-5). Ce droit se voit doublement élargi : le délai nécessaire à son activation est réduit de 10 à 5 ans à compter de la fin du protocole thérapeutique, quel que soit l'âge de l'assuré, tandis que son bénéfice est désormais ouvert aux victimes de contaminations par le virus de l'hépatite C, étant précisé (C. sant. pub., art. L. 1141-5, dernier alinéa) que la convention AERAS devra se soucier de l'extension du dispositif « *notamment aux pathologies chroniques, dès lors que les progrès thérapeutiques et les données de la science attestent de la capacité des traitements concernés à circonscrire significativement et durablement leurs effets* ». De surcroît, le plafond des prêts ouvrant ce droit à l'oubli est passé, depuis le 1^{er} octobre 2022, de 320.000 à 420.000 €.

Côté jurisprudentiel - La Cour de cassation est confrontée, de façon récurrente, au devoir de conseil dont l'emprunteur, insatisfait de la couverture d'assurance souscrite, s'emploie à revendiquer la méconnaissance. Un arrêt du 15 septembre 2022 apporte sur ce plan d'utiles rappels et précisions (Cass. 2^{ème} civ., 15 sept. 2022, n° 21-13.670). En l'occurrence, l'emprunteuse assurée par adhésion à une assurance de groupe avait déclaré dans le questionnaire médical qu'elle suivait un traitement médical depuis 15 ans, puis avait été placée en arrêt de travail du fait de l'évolution défavorable de sa pathologie. L'assureur, sur la foi des résultats d'une expertise médicale, lui refusa le bénéfice de la garantie incapacité de travail, invoquant à cette fin la clause contractuelle excluant « *les suites médicales ou conséquences d'antécédents de santé mentionnés sur le bulletin d'adhésion* ». L'action en responsabilité de l'adhérente, telle que portée par celle-ci jusqu'au plus haut niveau judiciaire, mérite l'analyse tant sur le plan du fait générateur que du préjudice réparable.

Les poursuites étaient ici dirigées contre l'assureur, à titre principal, et contre l'établissement de crédit, subsidiairement. Le premier moyen, en l'occurrence rejeté pour irrecevabilité, invoquait l'imprécision de l'exclusion visant « *les suites et conséquences des antécédents de santé déclarés sur le questionnaire de santé* » au regard des exigences de l'article L. 113-1 C. ass. Sans entrer dans le débat de fond, faute pour celui-ci d'avoir été engagé, on soulignera que la jurisprudence analyse les adhésions des emprunteurs au contrat collectif préalablement souscrit par la banque comme autant de contrats individuels d'assurance, soumis à l'ensemble du *corpus* impératif les régissant, auquel participe l'article L. 113-1 C. ass.

- Le premier apport du présent arrêt tient à l'imputation de l'obligation de conseil, et de la responsabilité corrélative, à l'établissement de crédit souscripteur de l'assurance de groupe. La formation du contrat d'assurance d'emprunteur étant à double détente - contrat de groupe préalable entre la banque souscriptrice et l'assureur puis contrats d'assurance individuels au fur et à mesure des adhésions - une distinction essentielle s'impose quant à la répartition des engagements de chacun. **A l'assureur**, l'élaboration de la notice « *qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre* » (C. ass., art. L. 141-4 al. 1 visant aussi l'obligation de signaler toute modification des droits et obligations des adhérents en cours de contrat) et détermine de la sorte le champ contractuel de l'assurance, dont pourra ensuite se prévaloir chaque adhérent. **A l'établissement de crédit** l'obligation de délivrer ladite notice à l'emprunteur et de « *l'éclairer sur l'adéquation des risques couverts à sa situation personnelle d'emprunteur, la remise de la notice ne suffisant pas à satisfaire à cette obligation* » (Cass. ass. plén. 2 mars 2007, n° 06-15.267). Cette obligation, aussi essentielle qu'exclusive, ressort également du droit de la distribution d'assurance puisque la banque, agissant en tant que distributeur, se doit de conseiller « *un contrat qui est cohérent avec les exigences et les besoins du souscripteur éventuel ou de l'adhérent éventuel et précise les raisons qui motivent ce conseil* » (C. ass., art. L. 521-4, ord. n° 2018-361 du 16 mai 2018). L'arrêt du 15 septembre 2022 s'inscrit pleinement dans cette logique de concentration du devoir d'éclairer l'assuré sur l'établissement de crédit en réitérant, sous le visa général de l'article 1147 (devenu 1217 C. civ.), l'affirmation selon laquelle « *la banque qui propose à son client auquel elle consent un prêt d'adhérer au contrat d'assurance*

de groupe qu'elle a souscrit à l'effet de garantir, en cas de survenance de divers risques, l'exécution de tout ou partie de ses engagements, est tenue de l'éclairer sur l'adéquation des risques couverts à sa situation personnelle d'emprunteur ».

- Cette responsabilité exclusive de la banque est d'autant plus prégnante que la Cour de cassation, en second lieu, accueille ici très favorablement le préjudice associé au défaut de conseil. Approuvant le pourvoi qui reprochait à la Cour d'appel d'avoir imposé à l'emprunteur de démontrer « *que, mieux informé et conseillé par la banque, il aurait souscrit de manière certaine une assurance garantissant le risque réalisé* », la présente décision considère au contraire que « *le préjudice résultant de ce manquement s'analyse en la perte d'une chance de contracter une assurance adaptée à sa situation personnelle et toute perte de chance ouvre droit à réparation* », sans que l'adhérent ait ainsi à démontrer sa volonté de couvrir quoi qu'il en soit le risque litigieux. De surcroît, la Haute juridiction reproche aux juges du fond d'avoir exigé de l'emprunteur « *la preuve d'une perte de chance raisonnable* » là où, somme toute, la moindre perte de chance méritait l'indemnisation. La solution peut paraître sévère, en ce qu'elle semble contredire – sauf à jouer à l'infini sur les nuances sémantiques – l'exigence classique de la perte d'une chance « *sérieuse* » qu'il appartient à l'assuré d'établir au nom de la certitude du préjudice allégué. Cette sévérité à l'encontre de la banque se révèle également dans la dispense faite à l'emprunteur de prouver qu'il aurait pu, malgré son état de santé dégradé, obtenir un contrat couvrant effectivement les conséquences futures de sa pathologie déclarée. Il n'en demeure pas moins que le rôle primordial des établissements de crédit, seuls au contact direct des emprunteurs assurés, leur impose des diligences à la hauteur de leur implication juridique dans la distribution des assurances.

ACTUALITE JURISPRUDENTIELLE

Cass. 2ème civ., 31 août 2022, n° 20-22.317 - Assurance de prévoyance : la prohibition légale des questions d'ordre génétique dans les questionnaires de santé interdit de sanctionner la fausse déclaration intentionnelle de l'assuré y ayant trait.

Une personne, professionnelle paramédicale, a souscrit deux contrats de prévoyance dont elle demande l'application après avoir été placée en arrêt de travail. L'assureur s'y refuse, invoquant la fausse déclaration intentionnelle de son assurée sur ses antécédents médicaux, et obtient gain de cause en appel. Les juges du fond prononcent ainsi la nullité des contrats litigieux en reprochant à l'assurée d'avoir « *commis une fausse déclaration et une réticence dont les caractères intentionnels ressortent de ce qu'elle ne pouvait à l'évidence pas avoir oublié les examens génétiques auxquels elle se soumettait, ainsi que ses deux enfants, depuis juin 2012 et en particulier aux mois de juillet et août 2013, pas plus qu'elle ne pouvait avoir ignoré leurs conséquences en cas de diagnostic d'une maladie génétique héréditaire* ». Cet arrêt est censuré par la Cour de cassation, sous le visa des articles L. 113-2 et L. 113-8 du Code des assurances - qui régissent l'obligation de déclaration des circonstances du risque et sa sanction en cas d'inexactitude ou d'omission délibérée – et des articles L. 133-1 du Code des assurances et L. 1141-1 du Code de la santé publique. De fait, la Haute juridiction rappelle « *que l'assureur, qui propose une garantie des risques d'invalidité ou de décès, ne peut poser aucune question relative aux tests génétiques et à leurs résultats, et que la personne ayant procédé à de tels tests n'est pas tenue d'en faire mention dans ses réponses au questionnaire de santé qui lui est soumis* ». Cette application littérale de l'article L. 1141-1 CSP, tel qu'issu de la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades et auquel renvoie l'article L. 133-1 C. ass., ne laisse pas prise au moindre doute. Afin de bannir totalement l'exploitation des tests génétiques dans les questionnaires de santé en assurances de personnes, le législateur a procédé de façon croisée. Côté assuré, toute transmission spontanée de données de cette nature – fussent-elles favorables et de nature à réduire le coût de l'assurance – doit être mise à l'écart par l'entreprise d'assurances. Côté assureur, la loi lui fait défense de poser la moindre question d'ordre génétique, ni d'imposer à des assurés de s'y soumettre tant lors de la formation du contrat qu'au cours de son déroulement.

Cass. 2ème civ., 16 juin 2022, n° 20-20.544 – Assurance sur la vie : retour sur l'exagération manifeste des primes au sens de l'article L. 132-13 du Code des assurances.

La souscriptrice d'une assurance sur la vie de placement décède en laissant ses deux filles pour lui succéder. Le contrat désignait comme bénéficiaire l'une des deux sœurs ainsi que ses deux enfants. L'autre sœur agit en justice afin d'obtenir le rapport à la succession des primes versées sur le contrat litigieux (30.500 €), ainsi que l'autorise

l'article L. 132-13 C. ass. lorsque ces primes étaient manifestement exagérées eu égard aux facultés du contractant. Visant cette disposition, la Cour de cassation censure la Cour d'appel qui avait cru pouvoir juger « *que le caractère manifestement excessif des primes versées doit également s'apprécier au regard de la situation patrimoniale du souscripteur, qu'il n'est pas contesté que les liquidités détenues par (l'assurée) lors de la souscription de ce contrat d'assurance s'élevaient à environ 150 000 euros, qu'elle était propriétaire de sa maison et de parcelles de terrain et qu'au vu de ces éléments, il n'apparaît pas que les primes versées sur le contrat d'assurance étaient manifestement exagérées par rapport aux revenus et au patrimoine du souscripteur à la date de la souscription du contrat* ». Aussi bien, selon la Haute juridiction, il appartenait aux juges du fond de « *rechercher également si, au regard de l'âge, de la situation familiale de la souscriptrice et de l'utilité du contrat pour celle-ci, les primes par elle versées présentaient un caractère manifestement exagéré eu égard à ses facultés* ». Cette décision classique souligne la réalité du contrôle de la Cour de cassation sur l'appréciation de l'exagération manifeste des primes. Même si l'article L. 132-13 ne se réfère qu'aux « *facultés* » patrimoniales du souscripteur, les juridictions du fond devront vérifier cumulativement les trois autres critères ci-dessus exposés, selon une jurisprudence constante. Ce n'est qu'après une telle vérification qu'ils pourront, ou non, décider souverainement si un excès manifeste a été commis par le contractant, étant observé que le rapport à la succession ne pourra au mieux que porter sur le montant nominal des primes exagérées, la rentabilité du contrat demeurant acquise au bénéficiaire de l'assurance décès.

- 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