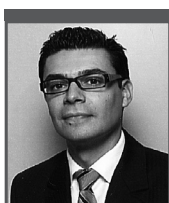


# CHRONIQUE DE BANCASSURANCE



**PIERRE-GRÉGOIRE MARLY**  
Professeur agrégé des facultés de droit



**SYLVESTRE GOSSOU**  
Docteur en droit, Avocat à la Cour

## Pratiques commerciales – Recommandation ACP – Assurances vie en unités de compte – Titres de créance – Émetteur financièrement lié à l'assureur – Conflits d'intérêts.

ACP, Recommandation n° 2011-R-03 du 6 mai 2011 sur la commercialisation de contrats d'assurance vie en unités de compte constituées de titres de créance émis par une entité liée financièrement à l'organisme d'assurance

Comme il fut annoncé, l'Autorité de contrôle prudentiel (ACP) a publié une seconde recommandation sur les contrats d'assurance vie en unités de compte constituées de titres de créance. Tandis que la première portait sur la promotion de tels contrats<sup>1</sup>, celle-ci se focalise sur la composition des unités de compte dont les valeurs de références sont des titres de créance émis par une entité financièrement liée à l'assureur.

Quoiqu'elle ne précise guère le critère de lien financier, l'ACP contemple notamment l'hypothèse où la production et la distribution du contrat d'assurance, autant que l'émission et la valorisation des supports financiers, relèvent de sociétés d'un même groupe. Dans cette contexture, le régulateur décèle de potentiels conflits d'intérêts pour la prévention desquels il préconise diverses mesures.

Si la prévention de tels conflits peut se recommander d'un principe général de loyauté contractuelle<sup>2</sup>, l'ACP la ramifie ici aux obligations d'information, de conseil et de prudence dont sont redevables les organismes concernés. Il est vrai que le droit des assurances ne comporte à ce jour aucune disposition propre à la gestion des conflits d'intérêts. Une carence qui devrait toutefois être prochainement comblée, comme le suggèrent plusieurs réformes en devenir.

D'une part, la Directive Solvabilité<sup>2</sup>, en vertu du principe de prudent person qu'elle instaure, impartit aux organismes d'assurance de gérer les conflits d'intérêts en matière d'investissement<sup>3</sup>. Plus largement, les mesures de niveau 2, prises en application de cette même directive, devraient insérer l'obligation de prévenir et traiter les conflits d'intérêts parmi les règles de bonne gouvernance des assureurs.

D'autre part, le projet de révision de la Directive sur l'intermédiation en assurance augure un large dispositif dédié à la gestion des conflits d'intérêts<sup>4</sup>; en quoi le sort des intermédiaires d'assurance s'alignerait un peu plus sur celui des prestataires de services d'investissement<sup>5</sup> et des conseillers en investissements financiers, tout comme le statut des intermédiaires en opérations de banque et services de paiement (IOBSP)<sup>6</sup>.

À chaque fois, l'idée affleure qu'un professionnel tenu de protéger l'intérêt d'autrui ne doit faire primer sur celui-ci son propre intérêt<sup>7</sup>. Dans les domaines précités, dans lesquels la protection de la clientèle est devenue une préoccupation commune, cette prohibition se traduirait concrètement par une triple diligence<sup>8</sup>:

- d'une part, l'identification formelle des situations d'opposition potentielle entre l'intérêt du prestataire et celui d'un client, voire entre les intérêts de plusieurs clients;
- d'autre part, la conception et le suivi de mesures destinées à pallier ces oppositions en assurant l'indépendance des personnels concernés;
- enfin, une information idoine du client dont l'intérêt est menacé nonobstant les mesures précitées.

Ainsi définie, la gestion des conflits d'intérêts devrait donc immanquablement pénétrer le cadre légal de la distribution d'assurances. Partant, la recommandation sous commentaire ne ferait qu'anticiper cette évolution. En particulier, lorsque les titres de créance composant des unités de compte sont émis par une entité financièrement liée à l'assureur, l'ACP décèle deux sources de conflits d'intérêts, l'une au temps de la souscription, l'autre au cours du contrat.

Tout d'abord, les titres visés sont fréquemment proposés par l'assureur dès avant leur émission, et ce n'est qu'à partir de celle-ci qu'un arbitrage du support d'attente, dans lequel est investie la prime initiale, est réalisé vers l'unité de compte cible. Or, selon la valeur de référence servant à

1. Recommandation ACP n° 2011-R-02 du 23 mars 2011 : LEDA, mai 2011, p. 1, obs. V. Ruol; *Banque & Droit*, n° 137, mai-juin 2011, p. 47, obs. P.-G. Marly.

2. Cf. C. civ., art. 1134.

3. Directive 2009/138/CE du 25 novembre 2009 sur l'accès aux activités de l'assurance et de la réassurance et leur exercice (solvabilité II), art. 132, § 2 in fine.

4. Cf. P.-G. Marly, « Vers une révision de la Directive n° 2002/92/CE sur l'intermédiation en assurance », RTDF 4-2010, p. 110.

5. C. Mon. et Fin., art. L. 533-10 3°.

6. Cf. Projet de décret portant diverses dispositions applicables aux intermédiaires en opérations de banque et en services de paiement, disponible à l'adresse suivante : [http://www.economie.gouv.fr/directions\\_services/dgtpe/secteur\\_financier/haut\\_comite\\_place](http://www.economie.gouv.fr/directions_services/dgtpe/secteur_financier/haut_comite_place).

7. Comp. P.-F. Cuij, « Le conflit d'intérêts, Essai sur la détermination d'un principe juridique en droit privé », RTD com. 2005, p. 7.

8. Comp. Régl. Gén. AMF, art. 313-18 et suiv.

déterminer le nombre d'unités de compte sélectionnées, le choix du taux à l'émission peut entraîner une dévalorisation préjudiciable aux intérêts des souscripteurs.

Ensuite, lorsque le contrat d'assurance fait l'objet d'un rachat, d'un arbitrage ou d'un dénouement avant l'échéance des titres sous-jacents, ceux-ci sont généralement rachetés par l'émetteur ou réinvestis par l'assureur dans l'actif général. Les ordres ainsi passés sur les marchés où les titres sont admis à la négociation entraveraient, par leur intensité, la fixation d'une valeur de réalisation objective, notamment pour certaines émissions dédiées aux seuls clients du groupe.

Compte tenu de ces pratiques, il est donc recommandé de recourir à des titres dont la rémunération ou la valeur de réalisation peut être objectivement déterminée, en recourant le cas échéant à un évaluateur indépendant au plan technique et financier. Sur le fond, l'ACP rappelle ainsi que pour être éligibles aux unités de compte, les titres de créances, obligations ou BMTN, ne doivent pas seulement figurer parmi les actifs énumérés à l'article R. 131-1 du Code des assurances ; encore faut-il qu'ils offrent « une protection suffisante de l'épargne investie », ce qui serait difficilement satisfait en l'absence de valorisation objective<sup>9</sup>.

Plus précisément, pour les titres de créance dont la rémunération est exprimée en fonction d'un taux d'intérêt appliqué au montant nominal, il est suggéré d'obtenir d'un organisme indépendant une évaluation objective du taux d'intérêt pouvant être proposé sur le marché primaire à la date de détermination des conditions de l'émission. S'agissant des titres obligataires visés au 2° de l'article R. 332-2 A du Code des assurances<sup>10</sup>, il est conseillé de recourir :

– soit à des titres faisant l'objet d'une offre au public, partiellement commercialisés pour compte propre ou pour compte de tiers par des entités non liées financièrement à l'émetteur et à l'organisme d'assurance, et dont la valeur de réalisation peut être déterminée sur un marché reconnu<sup>11</sup> ;

– soit à des titres dont la valeur de réalisation peut être appréciée par comparaison à une valorisation effectuée sur la base de la valeur nominale d'un titre et prenant notamment en compte les risques de taux et de contrepartie, à l'exclusion du risque de liquidité.

En cette dernière occurrence, il est précisé que la valorisation, tenue à disposition des souscripteurs sur la base d'une périodicité régulière d'au moins tous les 15 jours, peut être effectuée par un organisme indépendant ou en application d'un dispositif établi antérieurement à l'émission des titres concernés, en considération de leurs caractéristiques particulières.

Ce dispositif de valorisation et ses éventuelles évolutions postérieures à l'émission doivent être approuvés par un organisme indépendant.

Par ailleurs, les organismes et intermédiaires d'assurance sont invités à signaler formellement au souscripteur qu'en cas de rachat, d'arbitrage ou de dénouement prématuré de son contrat, l'émetteur de l'actif sous-jacent, où une entité qui lui est financièrement liée, peut décider d'acquiescer celui-ci. Cette information doit également inclure « de manière apparente » la mention suivante : « Conflits d'intérêts potentiels sur la valeur de rachat ou de réalisation. » Reste à savoir si cette mention demeure requise si l'organisme a justement pris les mesures décrites ci-avant en vue d'éviter les conflits d'intérêts.

En terminant, signalons qu'ici comme dans ses autres recommandations, l'ACP rappelle utilement aux organismes assujettis qu'ils doivent intégrer dans leur contrôle interne les bonnes pratiques qu'elle édicte. Ce contrôle interne, dont la fonction conformité est l'une des composantes, revient ainsi à créer une obligation dans l'obligation, et donc une source additionnelle de sanction disciplinaire.

P.-G. M.

### Pratiques commerciales – Recommandation ACP – Assurances vie liées au financement d'obsèques – Obligations d'information et de conseil.

ACP, Recommandation n° 2011-R-04 du 15 juin 2011 sur la commercialisation des contrats d'assurance vie liés au financement en prévision d'obsèques

Comme les précédentes, la quatrième recommandation de l'ACP porte sur la commercialisation de contrats d'assurance sur la vie. Toutefois, la particularité des contrats ici visés ne tient pas à leurs supports financiers, mais à l'opération à laquelle ils sont liés : le financement des frais d'obsèques.

De fait, il est fréquent que des particuliers souscrivent une assurance vie dont le capital garanti au jour du décès de l'assuré est destiné à être versé à un opérateur funéraire, désigné ou non, pour l'organisation des obsèques. Cependant, l'économie de ces contrats n'est généralement pas aussi simple que le prétendent les publicités et informations afférentes. Ainsi, contrairement à ce que celles-ci insinuent couramment, le capital décès n'est pas toujours suffisant pour couvrir les frais funéraires et peut être utilisé par ses bénéficiaires à des fins étrangères aux obsèques. Par ailleurs, les souscripteurs ne sont pas toujours conscients que la somme des primes versées peut être supérieure au montant du capital garanti, ou encore que le contrat n'est pas rachetable lorsqu'il s'agit d'une assurance temporaire-décès.

Sur ce constat, l'ACP recommande aux organismes et intermédiaires concernés d'attirer l'attention de leur clientèle à divers égards. En particulier, dans le cadre du conseil que doivent dispenser ces professionnels<sup>12</sup>, il leur faut rappeler :

– le délai et les conditions précises de versement des pres-

9. Comp. C. ass. art. R. 332-14-1 qui exige que les BMTN soient « valorisés par au moins deux organismes distincts et non liés financièrement, ni entre eux ni avec l'entreprise d'assurance détentrice des bons ».

10. C'est-à-dire les titres obligataires négociés sur un marché reconnu, à l'exclusion des titres émis ou garantis par certaines entités publiques sises dans un État de l'OCDE.

11. Selon l'article R. 332-2 du Code des assurances, les « marchés reconnus » sont « les marchés réglementés des États parties à l'accord sur l'Espace économique européen ou les marchés de pays tiers membres de l'OCDE en fonctionnement régulier. Les autorités compétentes de ces pays doivent avoir défini les conditions de fonctionnement du marché, d'accès à ce marché et d'admission aux négociations et imposé le respect d'obligations de déclaration et de transparence ». Adde. Rapport ACAM pour 2005, p. 65.

12. C. ass., art. L. 132-27-1 et L. 520-1.

tations après le décès de l'assuré ainsi que la liste précise des pièces devant être fournies par le(s) bénéficiaire(s) dans les situations les plus courantes ;

– l'importance attachée à la rédaction de la clause bénéficiaire, notamment en termes d'identité lors de l'indication du (des) bénéficiaire(s) et de l'opportunité de prévoir un (des) bénéficiaire(s) subséquent(s), notamment dans l'éventualité de la disparition anticipée de l'opérateur funéraire ou d'un bénéficiaire personne physique ;

– l'existence ou non d'une faculté de rachat ;

– lorsque le contrat est rachetable, le montant des valeurs de rachat, le montant des frais et le fait qu'une quote-part des primes/cotisations versées puisse être affectée au financement des autres garanties prévues, notamment celles liées aux prestations d'assistance ;

– les conséquences résultant de la survenance du décès hors de la période de garantie ou de la mise en jeu d'une clause d'exclusion de garantie et l'impact des frais sur le montant restitué, le cas échéant, aux ayants droit ;

– l'âge de l'assuré et/ou la date de survenance du risque assuré peuvent conditionner la mise en jeu de la garantie.

Si ces différentes indications sont utiles et pertinentes, il est toutefois surprenant de les rattacher à l'obligation de conseil dont sont légalement tenus les professionnels considérés. En effet, cette obligation se consomme par la proposition d'un ou plusieurs contrats adaptés aux besoins et exigences du client. À ce stade, il ne s'agit donc pas d'éclairer ce dernier sur les caractéristiques du contrat qu'il a retenu, cet éclairage formant précisément l'objet des documents d'information précontractuelle exigés à l'article L. 132-5-2 du Code des assurances. Partant, il eut sans doute été plus cohérent de faire figurer dans ces documents les mentions énumérées ci-avant. Reste que, ce faisant, le régulateur aurait alors excédé largement les limites de son pouvoir normatif.

P.-G. M.

### Suppression des commissions sur encours des courtiers – Assurance de groupe – Proposition de loi.

Proposition de loi n° 3493 portant modification de l'article L. 511-1 du Code des assurances visant à la décodification des contrats d'assurance vie, enregistrée à la présidence de l'Assemblée nationale le 1<sup>er</sup> juin 2011.

Un groupe de députés a récemment élaboré une proposition de loi visant à mettre fin au droit pour les courtiers de percevoir des commissions sur encours, même quand ils sont révoqués par le preneur d'assurance. Cette pratique très courante en matière de courtage tire sa légitimité de la « Constatation des usages du courtage d'assurance terrestre » dont l'article 3 dispose : « Le courtier apporteur d'une police a droit à la commission non seulement sur la prime initiale mais encore sur toutes les primes qui sont la conséquence des clauses de cette police. Le droit à commission dure aussi longtemps que l'assurance elle-même, notamment lorsque la police se continue par reconduction [...] ou lorsqu'elle est [...] remplacée directement par l'assuré auprès de la compagnie »<sup>1</sup>. La présente proposition de loi qui envisage de « compléter » l'actuel article L. 511-1 du Code des assurances porte exclusivement sur les contrats d'assurance de groupe souscrits par une personne morale en charge de la collecte d'épargne retraite ou vie auprès du public. Cette nouvelle proposition de loi en matière d'intermédiation en assurance prévoit d'enrichir le texte précité par de nouveaux alinéas encadrant les modalités d'attribution des commissions sur encours des courtiers d'assurance :

– Le 1<sup>er</sup> alinéa réaffirme le droit à commission du courtier sur les sommes versées et les encours, pendant toute la durée de sa relation contractuelle avec le client ;

– Le 2<sup>e</sup> alinéa offre au client la faculté de mettre fin au courtage à tout moment, l'ancien courtier devant dans ce cas transmettre dans les meilleurs délais l'entier dossier à son successeur ;

– Le 3<sup>e</sup> alinéa encadre les modalités de forme relatives au changement de courtier. Il prévoit notamment un délai de préavis de quatre mois avant la prise d'effet de la révocation, notifiée par lettre recommandée avec avis de réception. L'ancien courtier se verrait reconnaître le droit de recevoir pendant douze mois « une compensation équitable déterminée en accord avec la compagnie d'assurances et la personne morale souscriptrice », avec la possibilité de recourir à de tierces personnes à défaut d'accord<sup>2</sup>.

– Le 4<sup>e</sup> alinéa élargi le champ d'application du texte en préparation en visant tous les intermédiaires, quelle que soit leur dénomination, accomplissant des diligences identiques ou similaires à celles du courtier.

– Enfin, le texte en préparation s'appliquerait à défaut d'accord individuel ou collectif plus favorable, dans le respect de la liberté de l'adhérent, tout usage contraire restreignant directement ou indirectement celle-ci étant réputé non écrite.

De l'aveu des députés à l'initiative de cette proposition de loi, l'irrévocabilité actuelle du droit à commissions des courtiers d'assurance contredit le droit français et le droit européen, dans la mesure où elle entrave la liberté du client de se dégager d'un contrat. De fait, dès lors que le droit à commissions reste acquis au courtier initial tout au long de la relation d'assurance, le client se trouve privé de la faculté de recourir aux services d'un nouvel intermédiaire. Ainsi, les consommateurs d'assurance sont obligés de garder le même courtier, tant que le contrat d'assurance n'est pas résilié. Si, audacieusement, un client change de courtier, le nouvel intermédiaire ne serait pas rémunéré, par application de cet article 3 de la « Constatation des usages du courtage d'assurance ».

Le droit à commissions des courtiers d'assurance représente une valeur marchande substantielle dans l'écono-

1. Il s'agit des usages parisiens du courtage d'assurance terrestre élaborés en 1935 par le Syndicat national des courtiers.

2. Possibilité pour les parties de désigner un expert pour la fixation de la compensation ou le recours au président du tribunal de grande instance statuant en la forme des référés sans recours possible en cas de désaccord.

mie des activités de courtage. On conviendra aisément avec les députés à l'origine de cette proposition de loi que rien, en l'état actuel de notre droit, ne permet de maintenir indéfiniment les consommateurs dans une relation contractuelle. Par ailleurs, la nouvelle proposition de loi s'inscrit dans la logique des mesures destinées à protéger les consommateurs d'assurance et à instaurer une concurrence profitable aux consommateurs<sup>3</sup>.

Si la motivation de cette proposition paraît louable, l'initiative, visiblement isolée, semble ignorer l'actuel débat sur la transparence des commissions des intermédiaires inscrit dans le projet de révision de la Directive européenne du 9 décembre 2002 sur l'intermédiation en assurance (DIA 1). En effet, le nouveau projet de Directive (DIA 2) envisage d'instituer une transparence des rémunérations intermédiaires et la suppression des commissions sur encours. À l'évidence, une certaine patience parlementaire permettrait d'éviter l'écueil de la multiplication des textes et le risque de conflit avec les travaux en cours d'élaboration au niveau communautaire.

S. G.

### Assurance de personnes – Décès de l'assuré et du bénéficiaire dans un même événement – Sort des capitaux assurés.

Cass. civ. 2<sup>e</sup>, 1<sup>er</sup> juin 2011, n° 10-30430, publié au Bulletin.

L'arrêt de la Chambre civile de la Cour de cassation du 1<sup>er</sup> juin 2011 traduit une fois encore la complexité des rapports entre l'assurance vie et le droit des successions. Parce qu'elle soulève la délicate question du sort des capitaux décès en cas de disparition de l'assuré et du bénéficiaire dans un même événement, il n'est pas surprenant qu'elle ait été publiée au Bulletin.

En effet, un conducteur et son épouse décèdent dans un accident de voiture, laissant pour unique héritière leur fille. Le contrat d'assurance automobile souscrit de son vivant par l'époux prévoyant le versement d'un capital de 80 000 euros au conjoint survivant en cas de décès accidentel du conducteur, l'héritière s'est tournée vers l'organisme d'assurance porteur du risque en vue de recueillir les capitaux décès sur l'actif successoral de sa mère. Mais appuyé par la cour d'appel d'Amiens, l'assureur s'opposa à cette demande au motif que le capital prévu ne faisait pas partie de la succession du bénéficiaire décédé, par application de l'article L. 132-12 du Code des assurances. De surcroît, les juges du fond avaient estimé que l'article 725-1 qui résout la question de la succession dans les cas où deux personnes ayant vocation à se succéder l'une l'autre périssent dans un même événement, était inapplicable à la présente affaire.

La cour d'appel considère que l'attribution du capital décès supposant que le bénéficiaire soit en vie (article L. 132-9 du Code des assurances), la fille ne rapportait aucune preuve que sa mère avait survécu à son père. Cette décision est intéressante à double titre, dans la mesure où elle conduit à s'interroger sur les conditions d'appli-

cation, d'une part, des articles L. 132-9 et L. 132-12 du Code des assurances et, d'autre part, de l'article 725-1 du Code civil. Le droit à l'attribution à titre gratuit du bénéfice d'une assurance vie à une personne déterminée s'éteint-il du fait de son décès à l'occasion du même accident que le bénéficiaire initial?

En réponse à cette interrogation, la Cour de cassation estime que « l'attribution du bénéfice d'une assurance sur la vie à une personne déterminée est présumée faite sous la condition suspensive de l'existence de ce bénéficiaire à l'époque de l'exigibilité du capital ou de la rente garantie ». Se fondant en second lieu sur l'article L. 132-11 du Code des assurances, la cour régulatrice reconnaît que le capital ou la rente garantie font partie du patrimoine ou de la succession du contractant, lorsque l'assurance est souscrite sans désignation de bénéficiaire. En d'autres termes, les règles mises en place pour les cas de non-désignation du bénéficiaire s'appliquent en l'espèce.

Il restait à résoudre un problème, celui de l'opportunité de recueillir les capitaux assurés sur l'actif successoral de l'épouse décédée. En effet, aux termes de l'article 725-1 du Code civil, « lorsque deux personnes, dont l'une avait vocation à succéder à l'autre, périssent dans un même événement, l'ordre des décès est établi par tous moyens. Si cet ordre ne peut être déterminé, la succession de chacune d'elles est dévolue sans que l'autre y soit appelée. Toutefois, si l'un des codécédés laisse des descendants, ceux-ci peuvent représenter leur auteur dans la succession de l'autre lorsque la représentation est admise ».

En l'espèce, il était difficile d'établir l'ordre de décès des deux personnes, dans la mesure où rien en l'état des faits, ne permettait de déterminer si le souscripteur avait précédé au bénéficiaire ou l'inverse. Ainsi, l'article 725-1 du Code civil pouvait recevoir application dans le présent contentieux, si l'absence de bénéficiaire n'était pas suffisamment encadrée par le droit des assurances. Mais en raison, les précautions législatives assurancielles relatives à l'absence du bénéficiaire sont suffisamment pertinentes pour que les juges n'aient pas eu besoin de recourir au droit commun.

On relèvera que les règles relatives aux régimes matrimoniaux, aux libéralités et aux successions se coordonnent harmonieusement avec celles du droit des assurances, d'autant plus que l'assurance vie est un outil de gestion de patrimoine très apprécié. Dès lors que le droit des assurances, en réalité un droit spécial, s'applique, les règles du droit civil n'ont pas vocation à s'appliquer. Toutefois, en cas de vide juridique, le droit civil, à vocation généraliste, est appelé pour compléter le droit spécial de l'assurance. Dans la décision rapportée, les juges du droit n'ont pas jugé utile de recourir au droit civil, d'autant plus que les dispositions du Code des assurances prévues pour les cas d'absence de bénéficiaire sont parfaitement applicables en l'espèce.

En tout état de cause, la décision de la Cour de cassation nous semble fondée en droit et en équité. Elle est conforme au droit dans la mesure où les visas de la décision ne souffrent d'aucune ambiguïté. Elle paraît conforme à l'équité, dès lors qu'il apparaîtrait contre-productif que le contrat d'assurance en cause soit condamné à entrer en déshérence, alors que l'héritière de la bénéficiaire décédée était connue à l'exigibilité des capitaux assurés.

S. G.

3. V. en ce sens la loi n° 2010-737 du 1<sup>er</sup> juillet 2010 portant réforme du crédit à la consommation, dite loi Lagarde.

## Assurance de personnes – Mise en œuvre des Garanties invalidité et incapacité – Refus de mise en œuvre des garanties par l'assureur.

Cass. civ. 2<sup>e</sup>, 16 juin 2011, n° 10-22780, publié au Bulletin.

Un salarié contrôleur de travaux publics de l'État adhère en 1996 à une assurance collective obligatoire souscrite auprès de la Caisse nationale de prévoyance (CNP) par son employeur et le garantissant contre le risque d'invalidité et d'incapacité. Victime d'un accident coronarien en 2001, il avait été placé en congé longue maladie jusqu'en 2004, date à laquelle il fut déclaré définitivement inapte à l'exercice de ses fonctions, puis admis à la retraite pour invalidité. S'appuyant sur les clauses du contrat d'assurance, le souscripteur demanda le bénéfice de la garantie invalidité permanente. Mais conforté par les conclusions de son médecin-conseil, l'assureur opposa un refus à cette demande. L'assuré saisit alors les tribunaux, afin d'obtenir communication des conditions particulières du contrat qu'il estimait méconnaître et la mise en œuvre de la garantie d'invalidité.

La cour d'appel de Bastia débouta l'assuré de cette demande. S'agissant de la demande visant à voir ordonner à la CNP de produire des conditions particulières du contrat, les juges du fond considérèrent que ce contrat d'assurance, qui avait pris effet le 1<sup>er</sup> janvier 1996 et qui expirait le 31 décembre suivant, s'était ensuite renouvelé par tacite reconduction, de telle sorte que l'adhérent était en mesure de connaître avec précision la teneur de l'engagement de l'assureur. Par ailleurs, les mêmes juges ont débouté le demandeur de sa demande de prestations contractuelles en cas d'invalidité permanente totale ouvrant droit à garantie, au motif que, selon les stipulations, « la notice dont les termes sont clairs, dépourvus d'ambiguïté et compréhensibles par un profane requérait pour la mise en œuvre de cette garantie que l'assuré se trouve dans l'obligation de cesser définitivement toute activité professionnelle, qu'il s'agisse ou non de sa profession ». À ce sujet, le médecin-conseil de la CNP ayant examiné l'assuré avait conclu dans le cadre d'une expertise en tiers-arbitrage que malgré l'impossibilité d'exercer sa profession habituelle, l'état de santé de l'assuré était compatible avec l'exercice d'une activité professionnelle sédentaire.

La Cour de cassation censura cette décision : « En statuant ainsi, alors qu'elle constatait que M. X [...] avait adhéré à un contrat d'assurance collective ayant pour objet de couvrir le risque d'invalidité permanente totale, de sorte que la clause intitulée "procédure de conciliation" insérée dans un tel contrat prévoyant que les conclusions du médecin s'imposaient aux parties, qui n'était pas conclue à raison d'une activité professionnelle, ne pouvait instaurer valablement une procédure d'arbitrage, la cour d'appel a violé le texte susvisé ».

La présente décision suscite de notre part deux observations. Tout d'abord, s'agissant du processus contractuel, l'adhérent a fait valoir qu'il n'avait pas été en mesure de connaître les stipulations contractuelles, en l'occurrence une « clause d'arbitrage » stipulant que les conclusions du médecin-conseil de l'assureur s'imposeraient aux parties en cas de litige. Fort de cette clause, les juges du fond avaient admis que les conclusions du médecin-conseil de l'assureur déclarant l'assuré apte à l'exercice d'une

autre activité professionnelle s'imposaient à celui-ci. On conviendra aisément avec la Cour de cassation que cette solution est discutable, parce que l'assureur n'a pas été en mesure de rapporter la preuve de la remise à l'assuré des documents contractuels, y compris ceux prouvant le renouvellement du contrat par tacite reconduction. Il ne pouvait dès lors se prévaloir de l'acceptation des modifications apportées au contrat par le preneur d'assurance. En outre, les hauts magistrats estiment qu'une clause compromissoire ne pouvait s'appliquer qu'aux relations entre professionnels, rendant ainsi nulles les conclusions du médecin-conseil de l'assureur.

La deuxième observation porte sur l'interprétation des clauses portant sur les garanties d'invalidité et d'incapacité de travail contenues dans les assurances de personnes. Il s'avère que dans la plupart des cas, l'assureur s'engage à indemniser l'assuré lorsque celui-ci se retrouve dans l'impossibilité d'exercer toute activité rémunérée, ce qui limite les probabilités de réalisation du risque assuré. Ce choix n'est en rien contraire aux normes applicables, dans la mesure où le métier de l'assureur consiste, sous certaines réserves<sup>4</sup>, à sélectionner les « bons risques » et à organiser l'économie de son contrat autour des risques dont la réalisation est aléatoire. Cette pratique conforme à la technique assurancière doit cependant s'accompagner d'un accomplissement irréprochable des devoirs d'information et de conseil par le vendeur d'assurance. En effet, dans plusieurs litiges, les assurés reprochent aux organismes ou intermédiaires d'assurance un déficit de conseil sur l'étendue des garanties invalidité et incapacité de travail. En 2007, l'Assemblée plénière de la Cour de cassation avait rendu une décision reconnaissant l'obligation pour une banque de conseiller à son client la souscription d'une assurance complémentaire le couvrant contre l'incapacité d'exercer son métier d'agriculteur<sup>5</sup>. En l'espèce, la compagnie d'assurance mise en cause avait estimé que l'assuré qui était agriculteur ne pouvait plus exercer son métier, mais pouvait s'adonner à des fonctions de gestionnaire. Depuis cette décision, de nombreuses clauses relatives aux garanties d'incapacité et d'invalidité ont été revues afin d'ôter toute ambiguïté relative à l'étendue de ces garanties fréquemment incriminées.

Tout comme le contentieux de la renonciation en assurance vie, celui des clauses d'invalidité et d'incapacité paraît loin de tarir. Cependant, avec une meilleure prise en compte de leurs obligations d'information et de conseil par les acteurs de l'assurance, il est permis d'espérer que le nombre de ces litiges diminue progressivement. ■

S. G.

4. Convention AERAS notamment.

5. Cass. Ass. plén. 2 mars 2007, pourvoi n° 06-15.267.