

UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LOUVAIN

FACULTÉ DE DROIT

C E N T R E D E D R O I T D E S O B L I G A T I O N S

**Réflexions autour de quelques développements
jurisprudentiels récents en
assurance maladie et accident**

par
Jean-Marc BINON

Doc. 98/11

Contribution au Liber Amicorum René Van Gompel (1998)

Réflexions autour de quelques développements jurisprudentiels récents en assurance maladie et accident

par Jean-Marc Binon

Référéndaire au Tribunal de Première Instance des Communautés Européennes
Maître de conférence invité à l'U.C.L.

René Van Gompel est sans conteste un de ces « monuments » de l'assurance belge dont le départ de la scène professionnelle suscite des sentiments mêlés d'admiration et d'émotion. L'admiration tient au dévouement exemplaire, et d'une loyauté sans faille, à la même cause professionnelle, que René Van Gompel savait si bien imprégner de son enthousiasme communicatif, même dans ses recoins les plus austères... L'émotion est à la mesure de ses profondes qualités humaines, qui nous ont tellement plu pendant les quelques années de vie professionnelle que nous avons partagées, et auxquelles nous tenons avant tout à rendre hommage à travers cette contribution.

*

Introduction

1. Quand on évoque les assurances de personnes, on songe tout naturellement d'abord à l'assurance vie. Il est vrai qu'avec un encaissement de primes avoisinant les 185 milliards de francs belges¹, celle-ci se taille très largement la part du lion parmi cette catégorie d'assurances, par ailleurs composée des assurances accident et maladie, dont l'encaissement correspond à quelque 26 milliards de francs belges² (assurances accidents du travail non comprises). Un rapport de force qui se reflète dans la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre³, puisque sur la petite cinquantaine d'articles qui y est consacrée aux assurances de personnes (Titre III - articles 94 à 138),

¹ Voir le Rapport annuel de l'U.P.E.A., 1996, pp. 106-107. Ce chiffre englobe les assurances vie individuelles et les assurances de groupe, liées ou non à un fonds d'investissement.

² Environ 12 milliards de francs belges pour les assurances accident (individuelles et collectives) ; près de 14 milliards de francs belges pour les assurances individuelles et collectives maladie (y compris les assurances revenu garanti).

³ *Mon. B.*, 20 août 1992.

une quarantaine s'adresse exclusivement à l'assurance vie (articles 97 à 135), alors que trois dispositions seulement concernent spécifiquement les assurances de personnes autres que sur la vie - soit, essentiellement, les assurances maladie et accident - (articles 136 à 138)⁴.

Paradoxalement, la jurisprudence offre une tout autre image. Quiconque s'intéresse de près au droit des assurances de personnes reconnaîtra que l'on ne saurait faire grief à l'assurance vie de contribuer à l'engorgement des prétoires ; à l'inverse, les assurances maladie et accident suscitent un contentieux judiciaire dont le volume - sans atteindre celui généré par des branches comme l'assurance R.C. automobile - paraît aller croissant ces dernières années.

Le paradoxe s'explique aisément. Avec la loi du 25 juin 1992, l'assurance vie a été dotée d'un cadre juridique très affiné, qui ne tolère plus que de rares ingérences de la jurisprudence. Que l'on songe aux solutions légales apportées au débat ancestral sur l'incidence du suicide sur les garanties d'assurance vie (et sur la distinction ambiguë entre le suicide conscient et le suicide inconscient), ou encore aux options prises par le législateur sur des questions très pointues touchant, par exemple, à la désignation et à l'attribution bénéficiaires, et l'on comprend aisément pourquoi le contentieux relatif à l'assurance vie s'est à ce point tari ces dernières années. Les assurances maladie et accident restent, quant à elles, largement livrées à la loi des parties, sous le couvert des principes généraux du droit, en particulier du droit des assurances (lorsque ceux-ci ne sont pas déclarés inapplicables à ces assurances ou, du moins, à certaines d'entre elles - cf., par exemple, les dispositions relatives à l'aggravation ou à la diminution du risque assuré, ou à la durée des contrats). C'est dire qu'il y a place pour la création prétorienne dans la définition du cadre juridique des assurances de personnes autres que sur la vie, comme l'atteste la revue succincte de jurisprudence à laquelle nous avons choisi de procéder en guise de contribution au présent ouvrage. On le verra, aucune des décisions analysées ne fait déjà application de la nouvelle législation sur le contrat d'assurance terrestre, le plus souvent parce qu'elles portaient sur des sinistres antérieurs à l'adoption de celle-ci ; afin de ne pas confiner cette chronique à un simple intérêt historique, nous nous proposons, chaque fois que cela se justifie, de nous livrer à une analyse prospective visant à apprécier les solutions retenues à la lumière du nouveau cadre légal.

⁴ L'article 136, on le verra plus loin, renvoie à la volonté des parties pour déterminer le caractère - indemnitaire ou forfaitaire - des garanties d'assurances de personnes autres que sur la vie. L'article 137 laisse au pouvoir exécutif le soin de déterminer dans quelle mesure et selon quelles modalités les dispositions relatives à l'assurance vie sont applicables aux autres assurances de personnes à caractère forfaitaire. L'article 138 reconnaît à l'assuré la liberté de choix de son médecin pour ses soins.

I. Les assurances maladie et accident : indemnitaires ou forfaitaires ?

2. Contrairement à certaines législations étrangères (France, par exemple), la loi belge - que ce soit celle du 11 juin 1874 ou celle du 25 juin 1992 - s'est toujours gardée de définir impérativement la nature - forfaitaire ou indemnitaire - des assurances maladie et accident ou de fixer des critères de distinction⁵, estimant que comme le risque de sinistres volontaires y était considérablement réduit, cette question pouvait relever de l'autonomie de la volonté. Ainsi, si la nouvelle loi confère impérativement un caractère forfaitaire aux assurances vie (article 97), elle laisse à la « volonté des parties » le soin de déterminer le caractère forfaitaire ou indemnitaire des prestations dans les assurances de personnes autres que sur la vie (article 136). Une telle option législative, si elle est parfaitement fondée, est propice, on le devine, aux conflits d'interprétation et aux litiges. C'est que l'enjeu de la question est de taille puisque la qualification d'assurance indemnitaire emporte dans son sillage l'application du principe indemnitaire et des différentes conséquences qui lui sont attachées par la loi ou par la doctrine : limitation de l'intervention de l'assureur au préjudice subi par l'assuré (article 39) ; nécessité de prouver le préjudice effectivement encouru ; obligation pour l'assuré de « prendre toutes mesures raisonnables pour prévenir et atténuer les conséquences du sinistre »⁶ (article 20) - une obligation qui procède, selon nous, autant du principe indemnitaire que du principe de l'exécution réciproque de bonne foi des conventions- ; interdiction du cumul d'assurances indemnitaires (article 40) et subrogation de l'assureur (article 41) ; interdiction de la surassurance et de l'assurance multiple (articles 42 et 43) ; application de la règle proportionnelle en cas de sous-assurance (article 44). Autant de règles qui ne trouvent pas à s'appliquer aux assurances forfaitaires⁷, sous réserve de la convention contraire autorisée par la loi en matière de subrogation de l'assureur (article 49) et de cumul des prestations (article 50).

⁵ Sous réserve de la définition générale que la loi du 25 juin 1992 donne de l'assurance à caractère indemnitaire - « celle dans laquelle l'assureur s'engage à fournir la prestation nécessaire pour réparer tout ou partie d'un dommage subi par l'assuré ou dont celui-ci est responsable » (article 1^{er}, *litt.* I.) - et de l'assurance à caractère forfaitaire - « celle dans laquelle la prestation de l'assureur ne dépend pas de l'importance du dommage » (article 1^{er}, *litt.* J.) -.

⁶ En assurance accident ou maladie, une telle obligation implique, par exemple, de se soumettre à des traitements médicaux appropriés, destinés à limiter les conséquences dommageables de la maladie ou de l'accident survenu.

⁷ Une partie de la doctrine (voir J.L. FAGNART, « Dispositions communes : formation et exécution du contrat », *La loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre*, Louvain-la-Neuve - Bruxelles, Academia - Bruylant, 1993, p. 79 ; M. FONTAINE, *Droit des assurances*, Précis de la Faculté de droit de l'U.C.L., 1996, pp. 157-158) s'étonne que l'article 20 de la loi sur le contrat d'assurance terrestre, qui oblige l'assuré à prendre toutes mesures raisonnables pour limiter les dommages en cas de sinistre, ne soit pas applicable aux assurances à caractère forfaitaire. Pour notre part, nous n'en voyons pas l'intérêt. Une telle obligation n'a, à notre avis, de raison d'être que dans les assurances où la prestation de l'assureur est directement calquée sur l'étendue du dommage subi par l'assuré, soit les assurances indemnitaires.

3. On n'est pas étonné, dès lors, que la classification des assurances maladie/accident au regard de la distinction entre les assurances forfaitaires et les assurances indemnitaires ait donné lieu, au fil du temps, à l'une des contributions les plus significatives de la jurisprudence pour cette catégorie d'assurances. La question, si elle relève en premier lieu de la liberté contractuelle, a été progressivement encadrée par une série de critères jurisprudentiels, forgés au contact de situations où les stipulations contractuelles n'étaient visiblement pas suffisamment précises pour rallier le point de vue des parties autour de la qualification de leur contrat et des prestations dues en exécution de celui-ci. Le siège de la jurisprudence sur ce point réside, dans une large mesure, dans les arrêts de la Cour de Cassation du 31 octobre 1966⁸ et du 28 septembre 1983⁹.

4. Lorsque l'indemnisation est fonction du salaire réel, du coefficient d'incapacité, de l'âge de la victime, de sa situation familiale (nombre d'enfants en particulier) ou de tout autre indice attestant que l'assureur a entendu calquer, dans toute la mesure du possible, sa prestation sur le préjudice effectivement subi par l'assuré, l'assurance doit être considérée comme indemnitaire et cela, même si la réparation n'est que partielle (parce qu'assortie d'une franchise ou d'un plafond d'indemnisation, par exemple)¹⁰. Il en va de même si la prestation de l'assureur est définie par référence à la législation sur l'assurance contre les accidents du travail (loi du 10 avril 1971)¹¹.

Les assurances couvrant les frais afférents aux soins de santé (médicaux, pharmaceutiques, hospitaliers, dentaires...) sont également rangées parmi les assurances indemnitaires, dès lors qu'elles visent à rembourser (en tout ou en partie) à l'assuré, moyennant la production de factures ou de justificatifs, les frais qu'il a effectivement supportés à l'occasion de l'accident ou de la maladie assurée. Cette solution, consacrée par un arrêt de la Cour d'appel de Bruxelles du 10 février 1951¹², vient d'être confirmée par un arrêt du Tribunal de commerce de Bruxelles du 30 juin 1993¹³. L'affaire concernait une femme qui, après avoir séjourné dans une chambre particulière « avec commodités » (salon, salle de bains, lit pour accompagnant, TV) lors de son accouchement, s'était vu opposer le refus de son assureur hospitalisation de prendre en charge le « supplément de confort » par rapport à la chambre individuelle. Le Tribunal de commerce de Bruxelles a donné raison à l'assureur en relevant que l'assurance en cause, qui avait pour but d'indemniser l'assuré du dommage causé à son patrimoine par le décaissement de frais résultant d'une intervention chirurgicale, était une assurance indemnitaire, et qu'il convenait dès lors d'écarter la prise en charge des frais somptuaires ou abusifs qui n'étaient pas liés au dommage ; le juge a par ailleurs tenu compte du fait qu'à supposer qu'il ait pu exercer un recours subrogatoire contre

⁸ Cass., 31 octobre 1966, *R.C.J.B.*, 1969, pp. 160 et s., et note de M. FONTAINE, « L'assurance collective et la distinction entre assurances de choses et assurances de personnes ».

⁹ Cass., 28 septembre 1983, *J.T.*, 1985, pp. 125 et s.

¹⁰ Cass., 31 octobre 1966, précité.

¹¹ Cass., 28 septembre 1983, précité ; également Bruxelles, 5 décembre 1988, *Bull. Ass.*, 1989, p. 337.

¹² Bruxelles, 10 février 1951, *Bull. Ass.*, 1951, pp. 377 et s., et note R.A.

¹³ Comm. Bruxelles, 30 juin 1993, *Bull. Ass.*, 1994, pp. 576 et s., et note J.C. ANDRE-DUMONT.

un éventuel tiers responsable - hypothèse bien entendu dépourvue de pertinence, s'agissant d'une grossesse... - l'assureur se serait immanquablement heurté au refus, parfaitement légitime, du responsable de supporter des frais sans commune mesure avec le dommage.

5. En revanche, le contrat d'assurance doit être rangé parmi les assurances forfaitaires lorsque la prestation de l'assureur consiste en une somme préétablie, sans relation avec le dommage susceptible d'être réellement éprouvé¹⁴. Doctrine et jurisprudence englobent généralement dans les assurances forfaitaires, les assurances qui stipulent, en cas d'invalidité permanente, le paiement d'une indemnité égale à un multiple du salaire de base, au motif que la survie probable, facteur du dommage effectif, fait l'objet d'une évaluation forfaitaire, et non pas d'une appréciation statistique¹⁵.

Des controverses subsistent à propos de certaines couvertures d'assurance accident, notamment celles dans lesquelles figurent des barèmes établissant, en pourcentages d'invalidité totale, les taux d'invalidité partielle résultant de la perte d'un membre (bras, jambe, main...) ¹⁶.

6. La loi (articles 49 et 50) autorisant la clause subrogatoire et la clause interdisant le cumul d'indemnités dans les assurances forfaitaires de personnes autres que sur la vie, on se gardera bien de déduire de la seule lecture de telles clauses contractuelles, le rattachement du contrat considéré aux assurances indemnitaires.

Enfin, il faut préciser que le fait que la couverture d'assurance maladie ou accident soit l'accessoire d'un contrat principal à caractère forfaitaire (couverture d'assurance des frais médicaux accessoire d'un contrat d'assurance contre le risque de décès, par exemple) n'est pas de nature à remettre en cause sa qualification indemnitaire éventuelle.

II. La déclaration du risque - le sort particulier des maladies préexistantes

7. Les assurances maladie et accident n'échappent pas à l'application de l'article 5 de la loi du 25 juin 1992, qui oblige le candidat preneur à déclarer « *exactement, lors*

¹⁴ Cass., 31 octobre 1966, précité ; également Trib. trav. Dinant, 5 janvier 1981, *R.G.A.R.*, 1982, 10518 et note J.L. FAGNART.

¹⁵ M. FONTAINE, note sous Cass., 31 octobre 1966, *op. cit. note 8*, p. 179 ; R. VAN GOMPEL, note sous Bruxelles, 28 janvier 1961, *Bull. Ass.*, 1961, p. 420 ; Bruxelles, 16 février 1965, *Bull. Ass.*, 1966, p. 73.

¹⁶ Se sont prononcés en faveur de la qualification d'assurance forfaitaire, Bruxelles, 4 janvier 1947, *R.G.A.R.*, 1947, 4002 ; Bruxelles, 10 février 1951, précité. En sens contraire, M. FONTAINE, note sous Cass., 31 octobre 1966, *op. cit. note 8*, pp. 179-180.

de la conclusion du contrat, toutes les circonstances connues de lui et qu'il doit raisonnablement considérer comme constituant pour l'assureur des éléments d'appréciation du risque ». La déclaration du risque se présente évidemment sous un jour particulier dans les assurances maladie et accident, où l'état de santé de la (ou des) personne(s) sur la tête de la(des)quelle(s) le risque repose est un élément d'appréciation primordial pour l'assureur. Ainsi, il est communément admis que les indications du candidat à l'assurance doivent avant tout porter sur des données telles que la survenance antérieure de maladies ou d'accidents, l'âge, la consommation éventuelle d'alcool, de tabac, de médicaments... La profession exercée par le candidat preneur peut aussi influencer sur l'appréciation du risque, mais il n'y a là rien de systématique, comme l'atteste cet arrêt de la Cour d'appel de Liège du 3 mars 1983¹⁷ qui a jugé que l'assureur n'était pas fondé à invoquer la description insuffisante de l'activité professionnelle de l'assuré pour se prévaloir d'une réticence l'autorisant à refuser son intervention, dès lors que la profession en question n'était pas de nature à modifier l'appréciation du risque assuré. On rappellera enfin que les données génétiques, bien que de nature à influencer sur l'évaluation du risque, ne doivent pas être communiquées (article 5, alinéa 1, *in fine*).

8. L'incidence d'une maladie antérieure à la conclusion du contrat sur les conditions d'intervention de l'assureur mérite ici une attention particulière, car elle trouve à s'inscrire dans une série de cas de figure touchant à différents aspects fondamentaux de la relation contractuelle d'assurance, dont l'étendue et les limites du devoir de déclaration du risque.

Si le candidat preneur est au courant de la maladie qui l'affecte à la conclusion du contrat, il est bien entendu tenu de la déclarer à l'assureur, en vertu de l'article 5 de la loi. Le manquement éventuel à cette obligation donnera lieu à l'application du régime nouveau de l'article 7 de la loi, s'il n'était pas intentionnel (le candidat preneur ne se doutait pas que la maladie pouvait influencer l'assureur dans son appréciation du risque); s'il était animé d'une intention frauduleuse, le preneur s'expose à la sanction de la nullité prévue à l'article 6 de la loi¹⁸.

9. La question est plus délicate lorsque le preneur ignorait qu'il était atteint d'une maladie couverte par le contrat, lorsqu'il a souscrit celui-ci. On ne saurait en principe pas lui imputer un manquement à l'article 5 de la loi, qui - c'est le bon sens même... - n'oblige le candidat-preneur à déclarer que les circonstances *connues de lui* à la conclusion du contrat; tout au plus l'assureur pourrait-il reprocher au preneur de ne pas l'avoir informé de l'éventuel examen médical qu'il venait de subir au moment de souscrire le contrat, un manquement qu'il conviendra de mettre sur le compte de la

¹⁷ *Pas.*, 1983, II, p. 53.

¹⁸ Voir, pour une décision en ce sens, rendue sous l'empire de l'ancienne loi, Bruxelles, 8 juin 1995, *R.G.A.R.*, 1997, 12806.

bonne foi ou de la mauvaise foi, en fonction des circonstances (examen de routine ou examen ordonné à la suite de l'apparition de symptômes particuliers ?).

10. Que penser, dans un tel contexte, de la clause, largement répandue dans les contrats d'assurance maladie, qui exclut la prise en charge de toute maladie antérieure à la conclusion du contrat, peu importe que celle-ci ait été ou non connue du preneur à ce moment ?

On soulignera d'abord qu'une telle clause est trop peu nuancée pour prétendre contenir la sanction d'éventuelles omissions ou inexactitudes à propos d'une maladie dont le preneur se savait atteint lors de la déclaration du risque. En effet, depuis l'adoption de la nouvelle loi, les manquements involontaires à cette obligation n'autorisent plus l'assureur à se prévaloir de la nullité du contrat et à refuser son intervention à l'assuré.

Pour justifier la légalité de l'application d'une telle clause en cas de maladie préexistante, mais inconnue du preneur à la souscription du contrat, on invoque parfois l'article 24 de la loi - relatif à l'inexistence du risque - qui prévoit, à l'alinéa 1, que « *lorsque, au moment de la conclusion du contrat, le risque (...) s'est déjà réalisé, l'assurance est nulle* ». Pareil argument ne nous convainc pas. On peut d'abord discuter sur la notion de « risque » dans les couvertures d'assurance maladie : celle-ci désigne-t-elle la maladie en tant que telle, latente à la conclusion du contrat, ou les dépenses de santé (hospitalisation, frais médicaux) et/ou la cessation d'activité professionnelle consécutives à cette maladie, qui seraient survenues en cours de contrat ? Toute maladie n'ayant pas forcément de telles conséquences, il nous paraît que la seconde interprétation n'est pas totalement dénuée de pertinence. Surtout, il nous semble qu'en assurance maladie, la nullité de la couverture du risque putatif, prévue à l'article 24 de la loi, suppose plus que la déclaration latente de la maladie ; elle exige, à notre avis, sa manifestation apparente, objectivement constatable. Ce n'est en effet qu'à partir de cet instant que l'événement assuré et, avec lui, la prestation de l'assureur perdent leur caractère aléatoire pour devenir certains ; avant cette manifestation, l'aléa, élément essentiel de l'assurance, subsiste, puisque la maladie n'est connue ni de l'assuré ni de l'assureur. En réalité, la problématique de la couverture des maladies antérieures insoupçonnées dans les contrats d'assurance maladie n'est pas sans parenté avec celle de la couverture des « risques d'antériorité » dans les contrats d'assurance de responsabilité civile, dont personne ne conteste la légalité, pour autant qu'elle n'aboutisse pas à imposer à l'assureur, en contrariété avec l'article 24 de la loi, la prise en charge de sinistres *pleinement accomplis* à la conclusion du contrat¹⁹. Par identité de raisonnement, on voit mal en quoi la couverture d'une maladie préexistante, mais non encore révélée à la conclusion du contrat, pourrait être jugée illégale.

¹⁹ Voir ainsi M. FONTAINE, *Droit des assurances*, op. cit. note 7, pp. 300 et 305.

L'article 7, paragraphe 4 de la loi, qui dispose que « *si une circonstance inconnue des deux parties lors de la conclusion du contrat vient à être connue en cours d'exécution de celui-ci, il est fait application de l'article 25 ou de l'article 26 suivant que ladite circonstance constitue une diminution ou une aggravation du risque assuré* », n'est d'aucun apport en la matière, puisque l'article 26, consacré à l'aggravation du risque, est déclaré inapplicable aux assurances maladie...

En définitive, on peut sérieusement douter de la compatibilité de telles clauses avec les dispositions consacrées aux clauses abusives par la loi sur les pratiques du commerce, ainsi qu'avec l'article 14 de l'arrêté royal du 22 février 1991 relatif à l'application de la loi de contrôle des assurances (« règlement général de contrôle »), selon lequel les conditions des contrats d'assurance ne peuvent contenir aucune clause de nature à porter atteinte à l'équivalence entre les engagements de l'assureur et ceux du preneur.

III. Le paiement de la prime

11. Contrairement à l'assurance vie, le paiement de la prime est obligatoire dans les assurances maladie et accidents - sauf pour les assurances complémentaires contre le risque d'invalidité (ACCRI) ou contre le risque d'accident (ACCRA), accessoires à un contrat d'assurance vie (article 45 de l'arrêté royal du 17 décembre 1992 relatif à l'activité d'assurance vie²⁰) -. Le régime général des articles 13 à 16 trouve donc à s'appliquer en l'espèce : quérabilité de la prime ; paiement libératoire à l'assureur ou à son mandataire apparent ; suspension de la garantie ou résiliation du contrat moyennant mise en demeure et sommation de payer, en cas de manquement de l'assuré à cette obligation contractuelle.

S'agissant des sanctions attachées au défaut de paiement de la prime, on relèvera d'abord, pour l'anecdote, ce jugement du Tribunal civil de Bruxelles du 3 juin 1994²¹, qui, appelé à statuer sur la recevabilité de l'action en référé introduite par un assuré contre la décision de son assureur soins de santé de suspendre la garantie pour défaut de paiement de la prime, s'est épanché en considérations personnelles sur le rôle social de l'assurance maladie dans notre société contemporaine : « *La santé est un bien important. Les frais d'hospitalisation et d'intervention chirurgicale sont tels que l'individu ne peut plus les assumer seul ; il est donc légitime et louable de « s'assurer » contre le coût de tels événements en faisant appel à la solidarité de groupe qu'est l'assurance. Etre privé de cette « assurance », fût-ce temporairement par le jeu de la suspension de la garantie, de résiliation ou d'augmentation de la franchise, est en soi un préjudice qui, en cas de réalisation du risque, peut être irréparable. Un conflit à ce sujet est donc, par essence, urgent* ».

²⁰ Mon. B., 31 décembre 1992.

²¹ J.L.M.B., 1995, p. 191.

On mentionnera encore cet arrêt du Tribunal civil de Marche-en-Famenne du 13 août 1987²², qui, à propos d'une assurance revenu garanti, a déclaré coupable d'abus de droit l'assureur qui, après avoir cru à tort pouvoir interrompre l'indemnisation de son assuré, victime d'un sinistre, avait résilié le contrat pour défaut de paiement des primes échues postérieurement, alors qu'il avait manqué de diligence dans la poursuite de l'expertise amiable suscitée par son assuré et qu'il était lui-même à l'origine de l'insolvabilité de ce dernier.

IV. Les obligations des parties en cas de sinistre

a) Les obligations de l'assuré : la déclaration du sinistre

12. Comme toutes les polices d'assurance, les polices d'assurance accident et/ou maladie obligent l'assuré à aviser l'assureur de la survenance du « sinistre », le plus souvent dans le délai fixé par le contrat. Il paraît normal, en effet, de garantir à l'assureur la possibilité de procéder sans délai excessif aux vérifications nécessaires pour apprécier l'ampleur exacte du sinistre et l'étendue correspondante de son intervention. Avant l'adoption de la loi du 25 juin 1992, les assureurs prévoyaient très fréquemment la déchéance automatique comme sanction à la déclaration tardive de sinistre, ce qui avait pour effet de priver totalement l'assuré du droit à la couverture d'assurance pour le sinistre survenu. La sévérité d'une telle sanction était souvent dénoncée et atténuée par la jurisprudence, notamment lorsque le manquement contractuel était léger, mais il arrivait aussi, comme l'illustre un jugement du Tribunal civil de Liège du 14 décembre 1995²³, que les juridictions s'en tiennent à la lettre du contrat lorsque la violation de l'obligation procédait d'une insouciance coupable de l'assuré.

Dans cette affaire, l'assuré, qui avait souscrit une police d'assurance de rente d'invalidité en cas d'accident ou de maladie, invoqua en vain la théorie de l'abus de droit afin de contester la déchéance qu'il s'était vu opposer par son assureur pour lui avoir déclaré en juin 1993 le sinistre dont il avait été victime en mai 1992, alors que le délai conventionnel maximal fixé par le contrat était d'un an. Le tribunal estima en effet que :

« (...) il faut, pour qu'il y ait abus de droit, que les circonstances de la cause révèlent que ce droit a été exercé d'une manière qui dépasse manifestement les limites de l'exercice normal de ce droit par une personne diligente et prudente ;

²² R.G.A.R., 1990, 11665.

²³ Bull. Ass., 1997, pp. 295 à 299, et observations de J.C. ANDRE-DUMONT.

Que l'on ne peut dès lors dénier à l'assureur le droit de se prévaloir d'une déchéance pour déclaration tardive pour la seule raison que cet assureur n'aurait subi aucun préjudice par suite de la tardiveté de la déclaration. »

13. Si - comme le relève à juste titre J.C. André-Dumont dans ses observations faites sous cette décision dans le *Bulletin des Assurances* - cette solution s'inscrit dans la lignée de la jurisprudence antérieure (notamment de l'arrêt de la Cour de Cassation du 8 mai 1971), on doute fort qu'elle puisse survivre à l'application de la nouvelle loi sur le contrat d'assurance terrestre, dont l'article 21 condamne explicitement la sanction de la déchéance automatique et totale pour un tel manquement contractuel, le cas de fraude excepté ; désormais, la loi autorise uniquement l'assureur à réduire son intervention, pourvu qu'il établisse que la déclaration tardive du sinistre lui a été préjudiciable, et dans cette mesure seulement.

b) Les obligations de l'assureur

1. L'étendue de la garantie

14. Dans les assurances maladie/accident comme dans les autres branches d'assurance, la définition du périmètre de la couverture relève d'abord de la liberté des conventions : conditions de couverture, étendue de la garantie et clauses d'exclusion sont donc autant d'aspects laissés en principe à la volonté des parties, sous réserve de quelques interventions spécifiques du législateur (cf. notamment les dispositions générales de la loi du 25 juin 1992 consacrées à l'étendue de la garantie - articles 8 et 9 -), et pour autant que l'équilibre des engagements contractuels respectifs soit garanti (article 14 du règlement général de contrôle, précité n° 10).

**Les c(l)auses d'exclusion*

15. S'agissant des causes de survenance de l'événement assuré, les polices d'assurance maladie/accident excluent en règle générale une série de comportements particuliers de l'assuré, qui ont tous en commun de dénoter une imprudence ou un écart de conduite dont l'auteur avait ou aurait dû avoir conscience qu'il contribuait à aggraver sensiblement le risque par rapport aux prévisions initiales (cas de faute lourde). Sont ainsi fréquemment exclus de la couverture les maladies ou accidents imputables à un état d'ivresse passager²⁴, à l'alcoolisme, à la toxicomanie, à la participation à des activités ou sports dangereux, à des défis, à des compétitions, à un

²⁴ Voir à ce sujet Liège, 8 février 1995, *R.G.A.R.*, 1997, 12816.

acte notoirement téméraire²⁵... Ces clauses d'exonération pour faute lourde ne devraient pas être remises en question par la loi du 25 juin 1992, pourvu, toutefois, que l'assureur prenne chaque fois soin de les définir *expressément et limitativement* dans le contrat (article 8, alinéa 2).

En général, les polices d'assurance maladie/accident ne couvrent ni les risques de guerre (exclusion admise par l'article 9 de la loi) et d'émeute, ni les risques liés à la participation à un crime ou à un délit intentionnel (par analogie avec les polices d'assurance vie, pour lesquelles l'article 101, paragraphe 2 de la loi autorise explicitement pareille exclusion).

Le suicide et la tentative de suicide sont le plus souvent exclus²⁶. Il faut préciser à cet égard que l'article 101, paragraphe 1 de la loi du 25 juin 1992 - tel qu'il a été modifié par la loi du 16 mars 1994²⁷ -, qui prévoit la couverture obligatoire du suicide au plus tard un an après la prise d'effet de la police, ne s'impose qu'aux contrats d'assurance vie. S'agissant des contrats d'assurance maladie/accidents, rien ne fait en revanche obstacle à ce que le suicide et la tentative de suicide soient exclus pendant toute la durée de la garantie.

**Soins thérapeutiques - soins palliatifs*

16. Les couvertures d'assurance des soins de santé (frais médicaux, hospitaliers...) voient très souvent leur périmètre défini par rapport au type de soins dispensés à l'assuré. Ainsi les polices prévoient-elles fréquemment qu'elles ne couvrent que les traitements « à caractère thérapeutique » ou « médicalement nécessaires », et qu'elles excluent de la garantie les soins palliatifs ou la médecine préventive. La distinction entre soins thérapeutiques et soins palliatifs ne va pas toujours sans poser des problèmes d'interprétation, comme l'atteste un jugement du Tribunal civil de Liège du 11 janvier 1996²⁸.

L'affaire portait sur le remboursement des frais d'hospitalisation exposés par un sexagénaire durant son séjour (3 ans environ) dans une clinique psychiatrique. La compagnie d'assurance qui avait souscrit la police collective soins de santé à laquelle cette personne était affiliée avait décidé de cesser tout remboursement dès l'instant où la maladie de l'assuré était devenue irréversible (schizophrénie à évolution

²⁵ Tel est le cas, a estimé le Tribunal civil de Bruxelles dans un jugement du 17 novembre 1995 (*R.G.A.R.*, 1997, 12756) lorsqu'on circule, au petit matin et après une nuit blanche, à une vitesse de l'ordre de 150 km/h., sur un sol légèrement verglacé, en collant au véhicule précédent comme si on faisait la course. Un tel comportement doit en effet être considéré comme délibérément dangereux ; il ne s'agit pas d'une faute de conduite ponctuelle causée par une inattention momentanée et, partant, excusable, mais bien d'un acte notoirement téméraire, qu'une personne de bon sens ne devrait pas commettre, car présentant un danger évident.

²⁶ Voir ainsi Civ. Dinant, 7 janvier 1997, *Bull. Ass.*, 1997, pp. 486-490 et observations de J.C. ANDRE-DUMONT.

²⁷ *Mon. B.*, 4 mai 1994.

²⁸ *J.L.M.B.*, 1996, pp. 1330-1333.

déméntielle), estimant qu'à partir de ce moment, le traitement prodigué avait perdu sa vocation thérapeutique, pour se transformer en soins palliatifs, exclus de la couverture.

Le juge rejeta l'argumentation de l'assureur, en commençant par relever que la police ne subordonnait la couverture d'assurance au caractère thérapeutique du traitement que pour ce qui concernait les cures, ce dont on ne pouvait vraisemblablement pas qualifier le traitement prodigué en l'espèce. Ensuite, et surtout, le tribunal estima que l'assureur n'était pas légalement fondé à déduire du caractère incurable de la maladie de l'assuré que tout traitement ultérieur était fatalement dénué de toute vertu thérapeutique. En effet, poursuivit le juge, la thérapeutique couvre, non seulement les soins qui visent à guérir le malade, mais aussi ceux qui, comme en l'espèce, ont pour finalité de *soulager* sa souffrance. En revanche, les soins palliatifs doivent être entendus comme *« l'aide et l'assistance pluridisciplinaires qui sont dispensées à domicile, dans un hébergement collectif non hospitalier ou dans un hôpital, afin de rencontrer globalement les besoins physiques, psychiques et spirituels des patients durant la phase terminale de leur maladie, et qui contribuent à la préservation d'une qualité de vie »* - soulignement ajouté - (article 2 de l'arrêté royal du 19 août 1991 fixant les conditions dans lesquelles une intervention de l'assurance obligatoire contre la maladie-invalidité peut être accordée dans le coût des expériences de soins palliatifs ; *Mon. B.*, 4 octobre 1991); or, releva le juge, si les différents rapports médicaux invoqués dans cette affaire confirmaient clairement l'irréversibilité de la maladie de l'assuré, aucun d'eux n'allait jusqu'à prétendre que le patient était condamné à mort à brève échéance. Dans ces conditions, conclut le juge, *« il est abusif de parler de soins palliatifs par opposition au traitement thérapeutique dès que la maladie est devenue irréversible »*.

** L'étendue temporelle des couvertures professionnelles d'assurance de rentes*

17. L'étendue des garanties d'assurance maladie/accident dans le temps soulève une question particulière dans les assurances collectives (professionnelles) prévoyant le versement d'une rente d'invalidité jusqu'à ce que l'affilié ait atteint l'âge de la retraite légale. Dans un arrêt du 17 février 1993, qui opposait la Commission européenne à l'Etat belge, la Cour de Justice européenne²⁹ a estimé, à propos d'un régime professionnel garantissant des allocations complémentaires de chômage, que la clause d'une convention collective de travail ayant pour effet de limiter l'octroi de telles allocations à 60 ans pour les travailleurs féminins et à 65 ans pour les travailleurs masculins était contraire à l'article 119 du Traité de Rome relatif au principe du traitement égal des rémunérations, et cela, bien que la différence ait été calquée, en

²⁹ Arrêt du 17 février 1993, Commission c. Belgique, affaire 173/91, Rec., p. 673 ; pour un commentaire en doctrine, voy. D. DEVOS, *Chronique de droit social*, 1993, p. 252 et J.F. GERARD, *J.T.T.*, 1993, p. 192 ; voir aussi l'analyse de cet arrêt dans notre contribution, « L'égalité de traitement entre hommes et femmes dans les régimes professionnels de sécurité sociale : la 'valse-hésitation' du droit européen », *Cah. dr. europ.*, 1996, pp. 674-675.

l'espèce, sur celle faite par la réglementation nationale pour les allocations de chômage accordées par le régime de base de la sécurité sociale. A notre avis, cet arrêt, qui s'inscrit dans un mouvement jurisprudentiel d'ensemble visant à éliminer, au départ de l'article 119 du Traité de Rome, toute discrimination sexiste dans les couvertures professionnelles (collectives) garantissant des avantages complémentaires à ceux procurés par la sécurité sociale (retraite, survie, chômage, maladie, invalidité...), emporte dans son sillage l'interdiction de faire référence à des âges différents pour les femmes et pour les hommes, pour limiter dans le temps le bénéfice de prestations complémentaires en cas de maladie ou d'accident.

2. Les conditions d'intervention de l'assureur

18. L'intervention de l'assureur est en règle générale assortie de limites quantitatives, en particulier dans les assurances couvrant les frais médicaux (assurance des frais d'hospitalisation notamment). De telles pratiques sont parfaitement licites, pourvu qu'elles relèvent d'une politique commerciale totalement autonome. Telle est, en substance, la portée du jugement du Tribunal de commerce de Bruxelles (référé) du 1^{er} septembre 1995³⁰ - jugement confirmé par la Cour d'appel de Bruxelles le 24 mai 1996 -, qui a condamné, au regard de la législation sur la protection de la concurrence, l'association professionnelle belge des assureurs et quatre de ses compagnies membres pour avoir, la première, recommandé, les secondes, appliqué, une pratique concertée destinée à uniformiser les franchises (10 %) et les plafonds d'indemnisation (deux fois le plafond I.N.A.M.I.) en assurance « soins de santé », en vue de restaurer la rentabilité de ce secteur. Cette jurisprudence est pleinement en phase avec la législation européenne sur la concurrence, puisque le règlement d'exemption par catégories adopté pour le secteur de l'assurance le 21 décembre 1992³¹ refuse le bénéfice d'une telle exemption aux conditions-types d'assurance qui contiendraient des clauses recommandant, fût-ce à titre indicatif, des franchises ou des plafonds d'indemnisation (article 7, paragraphe 1, *litt. d.* du règlement)³².

19. Indépendamment des aspects touchant aux franchises et aux plafonds d'indemnisation, les conditions d'intervention de l'assureur font régulièrement l'objet de contestations, principalement lorsque les frais exposés par l'assuré sont relativement importants ou qu'ils l'ont été dans des circonstances qui s'écartent de l'ordinaire. A défaut de dispositions légales spécifiques, les juridictions n'ont d'autre alternative que de faire application des principes généraux gouvernant l'exécution des conventions et

³⁰ *J.T.D.E.*, 1995, p. 230.

³¹ *J.O.C.E.*, n° L. 398 du 31 décembre 1992.

³² Voir à ce sujet L. GIJSELEN, « EU Antitrust Law in the Area of Financial Services - capita selecta for a cautious shaping of a policy - », *23rd Annual Conference on International Antitrust Law and Policy*, Fordham Corporate Law Institute, 17-18 octobre 1996, p. 50.

la responsabilité contractuelle, pour garantir l'équilibre entre les obligations respectives des parties et écarter les abus qui peuvent apparaître de part et d'autre.

On a déjà évoqué (voir *supra*, n° 4) le jugement du Tribunal de commerce de Bruxelles du 30 juin 1993, qui portait sur une demande de remboursement de frais d'accouchement afférents à un séjour hospitalier en chambre particulière avec commodités. Le juge, après avoir estimé que l'assurance appelée à couvrir les frais en cause était une assurance indemnitaire, qui n'avait pas vocation à prendre en charge les dépenses somptuaires ou abusives sans lien avec le dommage, s'est placé sur le terrain de l'exécution de bonne foi des conventions : *« si l'on conçoit généralement qu'une personne puisse faire le choix d'une chambre particulière au lieu d'une chambre commune, conception qui s'explique psychologiquement, rien ne justifie par contre le choix d'une chambre pourvue des commodités dont la demanderesse a estimé pouvoir bénéficier ; en agissant de la sorte, la demanderesse a manqué au principe d'exécution de bonne foi de la convention qui lui imposait de se soucier des intérêts patrimoniaux de son contractant »*. En d'autres termes, le juge a estimé qu'en consentant de tels frais, la patiente avait manifestement rompu l'équilibre contractuel entre les engagements respectifs des parties, ce qui l'a conduit à la condamner à supporter le « supplément de confort » par rapport au prix d'une chambre individuelle sans commodité.

20. Aucun manquement contractuel n'a, en revanche, été retenu à charge de l'assurée dans le jugement rendu par la Justice de paix de Verviers le 7 juin 1996³³. L'assurée, affiliée à l'assurance collective hospitalisation souscrite par son employeur, avait introduit une demande de remboursement des honoraires médicaux qu'elle avait dû payer à l'occasion d'une opération de chirurgie réparatrice. L'assureur entendait refuser en partie son intervention, prétextant d'une faute que l'assurée aurait commise en ne s'assurant pas que les tarifs pratiqués par les médecins qui l'avaient soignée étaient conformes aux honoraires maxima prévus par la loi. Cette argumentation a été rejetée par le juge de paix, qui a estimé, avec quelque ironie, *« qu'il n'(était) pas d'usage, pour un patient qui doit subir une opération chirurgicale, de faire soumissionner plusieurs chirurgiens ou anesthésistes afin de prendre le moins cher ou celui dont les honoraires se rapprocheront le plus de l'un ou l'autre tarif ou barème ; qu'enfin, la défenderesse qui entend réguler le marché des honoraires médicaux, dispose d'autres moyens de pression que de refuser ponctuellement son intervention à la demanderesse à qui aucune faute ne peut être reprochée »*.

21. C'est encore sur le terrain de la responsabilité contractuelle que la Cour d'appel de Bruxelles du 19 septembre 1996³⁴ a porté le débat portant sur une demande de remboursement des frais exposés par un belge lors de son séjour dans un hôpital privé en Espagne pour une infection post-opératoire. Après s'être assuré que la couverture

³³ R.G.A.R., 1997, 12808.

³⁴ R.G.A.R., 1997, 12849.

était bien acquise en l'espèce (en relevant notamment que, contrairement à ce que soutenait l'assureur, rien, dans le contrat, n'obligeait l'assuré à se faire soigner exclusivement dans un hôpital public), la Cour d'appel a estimé que la compagnie d'assurance restait en défaut de démontrer un quelconque manquement contractuel de son assuré : « *Attendu que les supputations de l'appelante quant à la mauvaise foi de son assuré qui aurait choisi, selon elle, de se faire opérer en Espagne en sachant que l'opération était imminente, ne sont étayées par aucun élément objectif; que l'on imagine d'ailleurs mal comment la crise aiguë nécessitant un transport en ambulance et une opération d'urgence... aurait pu être calculée et prévue par l'assuré qui prenait ainsi des risques démesurés et hors de proportion avec l'avantage vanté* ».

V. La nature juridique des assurances collectives maladie/accident

22. La pratique contemporaine connaît des formules de plus en plus variées d'assurances collectives contre les risques de maladie et/ou d'accident. On songe d'abord aux assurances collectives (maladie/accident/hospitalisation/soins de santé...) souscrites par les employeurs pour le compte et au profit de leur personnel. Des polices d'assurance contre les accidents sont également souscrites par des organisateurs de voyage pour compte des participants, par des journaux périodiques pour compte de leurs abonnés³⁵, par des banques pour compte de leurs clients^{36 37}...

Traditionnellement, de telles assurances, que l'on qualifie d'assurances « pour compte (de qui il appartiendra) », sont réputées épouser les caractéristiques juridiques de la stipulation pour autrui (article 1121 du Code civil) : le souscripteur de la police collective (l'employeur, la banque, le journal...), stipulant, fait promettre à l'assureur, promettant, une prestation en cas de sinistre (maladie, accident, décès par accident...) en faveur des assurés et de leurs ayants droit, bénéficiaires. Cette analyse, consacrée par la Cour de cassation dans un arrêt du 28 janvier 1975³⁸, a encore été récemment confirmée par un arrêt du Tribunal civil de Bruxelles du 26 mai 1995³⁹, à propos d'une assurance « accidents de voyage » souscrite par l'émetteur d'une carte de crédit pour le compte de ses affiliés avec clause d'attribution bénéficiaire ; le juge en a très justement conclu que l'assuré pour compte disposait, en cas de sinistre, d'un droit propre et direct

³⁵ Comm. Tournai, 13 avril 1972, *R.G.A.R.*, 1972, 8862.

³⁶ Bruxelles, 23 juin 1988, *R.G.A.R.*, 1990, 11630 ; Mons, 17 décembre 1991, *J.L.M.B.*, 1993, p. 76.

³⁷ On rappellera à ce propos que les couvertures d'assurance « décès par accident » qui sont fréquemment souscrites à de telles occasions doivent être rangées, non pas parmi les assurances vie proprement dites, mais parmi les assurances de personnes autres que sur la vie, la survenance de l'événement assuré - et, partant, la prestation de l'assureur - ne dépendant pas, en effet, *exclusivement* de la durée de la vie humaine. Voir, à ce sujet, l'exposé des motifs relatif à l'article 137 de la loi du 25 juin 1992 (*Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 1990-1991, n° 1586/1, p. 90) ; S. FREDERICQ, H. COUSY et J. ROGGE, « Overzicht van rechtspraak : verzekeringen », *T.P.R.*, 1981, pp. 518-519 ; J.L. FAGNART, « Examen de jurisprudence (1981 à 1990) : les assurances terrestres », *R.C.J.B.*, 1992, p. 129 ; Cass., 7 mars 1985, *Bull. Ass.*, 1986, p. 107.

³⁸ Cass., 28 janvier 1975, *R.G.A.R.*, 1976, 9542, et note M. MAHIEU.

³⁹ Civ. Bruxelles, 26 mai 1995, *R.G.A.R.*, 1997, 12807.

à l'encontre de l'assureur (promettant) - soumis à la prescription triennale -, à l'exclusion de tout droit à l'égard de l'établissement de crédit (stipulant).

23. Curieusement, c'est à une toute autre construction juridique que la Cour d'appel de Liège, dans un arrêt du 8 février 1995⁴⁰, a rattaché l'assurance « décès par accident » souscrite par un organisme bancaire au profit des héritiers de toute personne titulaire d'un compte en ses livres (assurance « solde bancaire », prévoyant le doublement du solde existant sur les comptes du client assuré au moment de son décès) : *« Il résulte des clauses et de l'objet de l'assurance (...) que l'organisme bancaire (...) a souscrit, sans mandat, une assurance de sommes pour compte de tiers, la tête de l'assuré étant toute personne physique, titulaire ou cotitulaire d'un compte à vue, à terme, à préavis, d'un livret de compte et/ou carnet de dépôts (...), et les bénéficiaires, les personnes mentionnées à l'article III ; (...) cette figure juridique est spécialement prévue par l'article 5 alinéa 1 in fine et 2 de la loi du 11.06.1874 qui précise que dans ce cas, le preneur d'assurances agit comme gérant d'affaires »* (c'est nous qui soulignons). Dans cette affaire, la contestation portait sur l'opposition, par l'assureur aux héritiers d'un client assuré, d'une clause d'exclusion (pour décès accidentel survenu en état d'intoxication alcoolique) qui avait été insérée dans les conditions générales après l'adhésion du client à l'assurance pour compte souscrite par l'organisme bancaire. La Cour d'appel a estimé *« qu'il résult(ait) nécessairement des règles de la gestion d'affaires que l'assuré bénéficiaire, en demandant le paiement des indemnités, ratifie la gestion de l'organisme bancaire et est dès lors lié par les nouvelles conditions générales dès lors qu'elles sont acceptées par la banque qui agit pour son compte ; qu'il n'est donc pas requis pour être opposable aux bénéficiaires que la clause nouvelle ait été portée à la connaissance du titulaire du compte »*.

Si l'article 5 de l'ancienne loi sur le contrat d'assurance prévoit effectivement que *« l'assurance peut être contractée pour compte d'autrui en vertu d'un mandat général ou spécial ou même sans mandat, les effets en (étant) réglés en ce dernier cas par les dispositions relatives à la gestion d'affaires »*, on doute fort que la disposition ait été invoquée à bon escient dans le cas d'espèce. Le recours à la théorie de la gestion d'affaires (articles 1372 à 1375 du Code civil) suppose d'abord que l'intervention du gérant (ici, la souscription, par la banque, d'une couverture d'assurance « décès par accident ») ait été guidée par la nécessité de sauvegarder les intérêts des gérés (en l'espèce, les clients), empêchés d'agir eux-mêmes. Or, si les avantages procurés par les assurances du type de celle qui était en cause dans cette affaire sont indéniables (couverture moyennant une participation modeste, voire parfois à titre purement gratuit), il serait faux de prétendre que leur vocation essentielle est de pallier l'impossibilité matérielle d'agir dans laquelle se trouveraient les clients, alors que la conclusion d'une telle assurance s'avérerait nécessaire. Comme le jugement précité du Tribunal civil de Bruxelles du 26 mai 1995 (voir ci-dessus, n° 22) le rappelle à juste titre, il ne faut pas perdre de vue que de telles assurances sont d'abord et avant tout un

⁴⁰ Liège, 8 février 1995, R.G.A.R., 1997, 12816.

instrument de marketing, visant à promouvoir les produits proposés par l'organisme bancaire... Ensuite, et surtout, dans la gestion d'affaires, le gérant s'efface au profit du géré, une fois son acte posé ; or, tel n'est à l'évidence pas le cas dans les assurances souscrites, comme en l'espèce, pour compte, où l'organisme bancaire demeure preneur d'assurance et, à ce titre, responsable du paiement des primes à l'égard de l'assureur tout au long du contrat.

Ce détour par la gestion d'affaires apparaît d'autant moins justifié que l'application des règles relatives à la stipulation pour autrui permettrait d'aboutir à une solution identique du litige. L'on s'accorde en effet à reconnaître que si la stipulation pour autrui fait naître un droit propre et direct au profit du bénéficiaire à l'égard de l'assureur promettant, elle ne consacre qu'un droit « satellite », accessoire du rapport juridique principal établi entre le stipulant et le promettant. Il s'ensuit que les exceptions tirées du rapport stipulant-promettant (preneur-assureur) sont opposables par le promettant au bénéficiaire⁴¹. Il en résulte également, nous semble-t-il, qu'une clause d'exclusion convenue en cours de contrat entre le stipulant et le promettant est opposable au bénéficiaire.

24. L'arrêt de la Cour d'appel de Liège, s'il a retenu une solution juridiquement contestable, a toutefois le mérite de mettre en lumière un problème typique de la figure juridique triangulaire qui caractérise les assurances - maladie/accident en particulier - souscrites pour compte de qui il appartiendra : celui de la transparence des conditions d'assurance. Si le promettant est parfaitement fondé, en vertu des dispositions relatives à la stipulation pour autrui, à opposer au bénéficiaire les exceptions ou exclusions tirées du contrat d'assurance, qu'il aurait pu opposer au stipulant, n'est-il pas normal que l'assuré pour compte soit clairement informé, tout au long de son affiliation, des conditions générales et particulières dont la couverture d'assurance est assortie ? On sait que l'article 23 de la loi du 25 juin 1992 prévoit que « *tout bénéficiaire à titre onéreux d'une garantie d'assurance a le droit d'obtenir du preneur ou, à défaut de l'assureur, communication des conditions de la garantie* ». Cette prescription légale ne suffit cependant pas, à elle seule, à résoudre la question. D'abord, la disposition ne fait allusion *qu'aux bénéficiaires à titre onéreux* ; elle ne trouve donc pas à s'appliquer aux cas fréquents où l'assurance pour compte est offerte gratuitement. Ensuite, la formulation de l'article 23 tend à indiquer que les conditions d'assurance ne doivent être communiquées qu'à la demande du bénéficiaire ; si l'adage veut que « nul n'est censé ignorer la loi », on doute que beaucoup de gens aient la présence d'esprit de solliciter la communication des conditions régissant l'assurance souscrite pour leur compte par leur organisme bancaire, leur journal périodique, leur agence de voyage...⁴² La loi du 25 juin 1992 eût été sans conteste bien

⁴¹ Voir M. FONTAINE, *Droit des assurances*, op. cit. note 7, p. 124. Cette solution est aujourd'hui explicitement consacrée à l'article 38, alinéa 2 de la loi du 25 juin 1992, consacré à l'assurance pour compte : « *Les exceptions inhérentes au contrat d'assurance que l'assureur pourrait opposer au preneur sont également opposables à l'assuré quel qu'il soit* ».

⁴² Il faut encore ajouter des discussions subsistent quant au champ d'application précis de l'article 23 ; une partie de la doctrine (voir ainsi M. FONTAINE, *Droit des assurances*, op. cit. note 7, p. 126), tout en

inspirée de prévoir la communication systématique des conditions d'assurance dans les assurances collectives maladie/accident souscrites pour compte⁴³. Pareille imperfection est exemplaire, parmi d'autres, du désintérêt total du législateur de 1992 pour les assurances collectives de personnes.

25. Le mécanisme de la stipulation pour autrui ne s'impose pas aux couvertures d'assurance collective accident/maladie. Il peut être écarté, moyennant clause expresse dans le contrat d'assurance, comme l'illustre le cas qui a donné lieu à l'arrêt de la Cour de cassation du 6 février 1995⁴⁴. L'affaire concernait un employé de la Croix Jaune et Blanche, dont le contrat de travail stipulait que « *les membres du personnel sont également assurés contre les accidents survenant dans leur vie privée ; la portée de cette assurance est indiquée à l'article 20 du règlement de travail* » ; celui-ci indiquait pour sa part que « *le personnel employé à la Croix Jaune et Blanche bénéficie, en plus des garanties légales en accident du travail et en responsabilité civile auto et vis-à-vis des tiers, des garanties complémentaires dans le cas où la loi sur les accidents du travail n'est pas d'application et dans les cas d'accidents de 'vie privée'* ». La police d'assurance souscrite par la Croix Jaune et Blanche pour couvrir les membres de son personnel contre ces risques écartait expressément la stipulation pour autrui au profit du personnel et « déléguait » à l'employeur les indemnités dues par l'assureur. La Cour de cassation a estimé que l'action du travailleur en exécution des garanties prévues dans la police collective devait impérativement être intentée contre l'employeur, et non pas contre l'assureur, « *le droit du travailleur à ces garanties trouvant en ce cas son origine dans le seul contrat de travail* ». Pareille action, en a conclu la Cour de cassation, n'était donc pas visée par les dispositions relatives à la prescription triennale des « *actions dérivant d'une police d'assurance* » (en l'espèce, l'article 32 de l'ancienne loi du 11 juin 1874 sur les assurances).

Les polices d'assurance telles que celle en cause dans cette affaire, qui sont soucrites par des employeurs, à leur profit, pour leur permettre d'honorer les engagements pris à l'égard de leur personnel en cas de survenance d'infortunes particulières, appellent un commentaire particulier au regard de la nouvelle loi sur le contrat d'assurance terrestre, à tout le moins lorsqu'il s'agit d'assurances à caractère forfaitaire. S'agissant de telles couvertures, on sait en effet qu'aujourd'hui, l'article 48 de la loi du 25 juin 1992 situe l'exigence de l'intérêt d'assurance dans le chef du bénéficiaire⁴⁵ - soit « *la personne en faveur de laquelle sont stipulées des prestations d'assurance* » (article 1^{er}, litt. C.) -, et non plus de l'assuré - soit, dans les assurances de personnes, « *la personne sur la tête de laquelle repose le risque de survenance de l'événement assuré* » (article 1^{er}, litt. B,

reconnaissant que les articles 22 et 23 ne contiennent rien qui ne puisse s'appliquer à l'assurance pour compte, estime en effet que ces dispositions sont le siège de la seule assurance (vie) avec attribution bénéficiaire.

⁴³ En assurance groupe (vie/décès), une telle obligation est mise à charge de l'employeur par l'article 51, paragraphe 2, litt. j. de l'arrêté royal du 17 décembre 1992 : « *le règlement (d'assurance groupe) stipule (...) que l'employeur remet aux affiliés le texte du règlement et des conditions générales visées au § 1^{er}* ».

⁴⁴ Cass., 6 février 1995, R.G.A.R., 1997, 12724.

⁴⁵ « *Le bénéficiaire doit avoir un intérêt personnel et licite à la non-survenance de l'événement assuré* » (article 48, alinéa 1).

sous b)) -. Or, à première vue, on serait tenté de dénier pareil intérêt d'assurance à l'employeur, bénéficiaire des prestations en l'espèce, pour le situer plutôt dans le chef des membres du personnel assuré, victimes potentielles de l'aléa couvert⁴⁶ ; il faudrait alors conclure à la nullité du contrat, un élément essentiel à sa validité faisant en effet défaut. L'on peut toutefois, nous semble-t-il, reconnaître à l'employeur, bénéficiaire de la police, un intérêt d'assurance, lorsque - comme c'était le cas en l'espèce - le contrat de travail prévoit explicitement la couverture du personnel contre tel ou tel risque particulier : l'employeur a alors un intérêt certain au bénéfice des indemnités d'assurance, qui lui sont nécessaires pour satisfaire à l'obligation contractuelle prise à l'égard du travailleur frappé par la survenance de l'événement assuré.

* *

*

⁴⁶ On ne confondra pas ce cas de figure avec celui de l'employeur qui souscrit un contrat d'assurance à son profit en cas de perte ou d'indisponibilité d'un haut cadre ou d'un collaborateur expérimenté (cf. le cas des assurances « dirigeants d'entreprise » ou des assurances « *key man* »). En pareille hypothèse, l'existence d'un intérêt d'assurance dans le chef de l'employeur ne fait aucun doute. Mais l'on s'écarte de toute évidence de ce schéma lorsqu'il est clairement acquis, comme en l'espèce, que les indemnités d'assurance sont vouées, en vertu du contrat de travail, à être rétrocédées au membre du personnel frappé par l'aléa.