

**DOCUMENT SOUMIS AUX DROITS D'AUTEUR : SOUS LICENCE CREATIVE COMMONS
CITEZ-NOUS DE LA FAÇON SUIVANTE :**

Cass. 2^e civ., 4 avr. 2024, n° 22-18186, F-D, *bjda.fr* 2024, n° 93, note R.G. TSOMEVOU.

La validité des clauses d'exclusion: nouvelles considérations face au secret médical

Cass. 2^e civ., 4 avr. 2024, n° 22-18186

Contrat d'assurance – Secret médical – Exclusion contractuelle des « conséquences des affections médicales précisées dans la lettre confidentielle transmise à l'assuré et dont il reconnaît avoir pris connaissance » – Lettre visant « les suites et conséquences éventuelles des pathologies disco-vertébrales du rachis lombo-sacré » – Code des assurances, article L. 113-1 – Caractère formel et limité – Exclusion formelle et limitée (oui)

Si une clause du contrat d'assurance prévoit que « sont exclues du droit aux prestations les conséquences des affections médicales précisées dans la lettre confidentielle transmise à l'assuré et dont il reconnaît avoir pris connaissance ; [laquelle exclusion] ne concerne que les arrêts de travail, les prestations particulières et/ou l'invalidité » ; et si par lettre confidentielle, l'assureur informe l'assuré d'avoir exclu des garanties indemnités journalières et rente d'invalidité « les suites et conséquences éventuelles des pathologies disco-vertébrales du rachis lombo-sacré », il en découle que cette clause est claire, quand bien même elle ne désigne pas elle-même, en raison du secret médical, la pathologie considérée, dès lors que l'assuré reconnaît par sa signature avoir reçu la lettre confidentielle qui explicite cette affection, et qu'elle est énoncée de façon explicite et aisément compréhensible.

Cet arrêt n'a certes pas été publié au Bulletin, mais il ne passe pas inaperçu. Il fait d'ailleurs l'objet d'un récent commentaire du Professeur Agnès PIMBERT¹, lequel a été publié au moment où nous nous demandions quelle orientation donner à cette note de jurisprudence. Après lecture, nous nous sommes d'abord résolu de jeter l'éponge, car ayant été « *mis d'accord* » sur la critique que cet arrêt pourrait encourir. L'heure étant à la clarté des clauses contractuelles, il était, en effet, nécessaire de questionner la validation, par la Cour de cassation, d'une « *exclusion personnalisée...sous conditions du mécanisme à double détente* »².

Pourtant, on pouvait difficilement concevoir qu'un assureur se contente de renvoyer la teneur d'une exclusion de garantie à une lettre extérieure au contrat. Encore qu'il n'est pas certain que la référence aux suites et conséquences éventuelles de la pathologie, faisant l'objet de cette exclusion, était précise et limitée. Mais finalement, bien qu'actant nombre d'arguments avancés, il fallait bien commenter cet arrêt auquel nous avons volontairement été assignés. La tâche étant ardue, et dans le souci de trouver une issue, nous nous sommes demandés si cette décision ne pouvait pas être analysée autrement. En tout cas, une ultime

¹ A. PIMBERT, Note sous Cass. 2^e civ., 4 avr. 2024, n° 22-18186 : *RGDA*, mai 2024, n°5, pp. 21-24.

² Ibidem.

relecture des faits semblait nous conforter à emprunter cette voie. Mais avec quel attelage ? Rappelons avant toute chose les faits.

En l'espèce, un assuré, travailleur indépendant, a souscrit un contrat d'assurance prévoyant le versement d'indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire totale de travail consécutive à un accident ou une maladie. À la suite d'un arrêt de travail pour une lombo-sciatalgie, il sollicite de l'assureur le paiement d'indemnités journalières, en exécution du contrat. L'assureur refuse sa garantie, en raison, d'une part, de la clause contractuelle qui stipule que « *sont exclues du droit aux prestations les conséquences des affections médicales précisées dans la lettre confidentielle transmise à l'assuré et dont il reconnaît avoir pris connaissance. Cette clause ne concerne que les arrêts de travail, les prestations particulières et/ou l'invalidité* » ; et d'autre part, d'une lettre confidentielle par laquelle il informait l'assuré d'avoir exclu des garanties indemnités journalières et rente d'invalidité « *les suites et conséquences éventuelles des pathologies disco-vertébrales du rachis lombo-sacré* ». L'assuré assigne alors l'assureur en exécution du contrat, précisément en paiement des sommes dues. Autant le tribunal d'instance saisi, que la Cour d'appel, le déboutent de son action. Il se pourvoit en cassation pour violation de l'article L. 113-1 du Code des assurances³ au motif, selon le moyen soulevé, que la clause d'exclusion visant « *les suites et conséquences éventuelles des pathologies disco vertébrales du rachis lombo-sacré* », sans autre précision, à défaut d'être formelle et limitée, était nulle et ne pouvait, dès lors, recevoir application.

La Cour de cassation était invitée à statuer sur la validité de cette exclusion au regard des exigences de l'article L. 113-1 du Code des assurances. Par arrêt du 4 avril 2024, approuvant la position des juges du fond, elle rejette le pourvoi au motif que la clause d'exclusion de garantie litigieuse ne nécessitait pas interprétation et ne vidait donc pas la garantie de sa substance. Comme annoncé, cette conclusion peut surprendre dès lors que l'exclusion en question s'est fondamentalement faite par voie de simple correspondance. Seulement, le moyen formulé au pourvoi renseigne que cet aspect n'était pas discuté par l'assuré. Ce dernier contestait la clause litigieuse uniquement en ce qu'elle n'indiquait précisément pas quelles suites et conséquences, des pathologies disco vertébrales du rachis lombo-sacré, étaient exclues. Autrement dit, pour l'assuré, il y avait bel et bien une clause d'exclusion de risque, sauf qu'elle n'était pas formelle et limitée.

Sans qu'on ne puisse s'y opposer, la Cour de cassation aurait bien pu se limiter à vérifier si ces dernières conditions étaient réunies. Mais ce serait ignorer que l'exclusion du risque, dont la validité est contestée, était personnalisée, c'est à dire formulée en respect de l'intérêt supérieur légitime du secret médical et adressée confidentiellement à l'assuré. C'est ce qui fait la particularité de cette affaire. En effet, une fois engagé dans le processus contractuel, l'assuré accepte *ipso facto* de se soumettre aux principes de loyauté et de bonne foi. De ce seul fait, il perd sa liberté de préserver ses secrets, précisément ceux qui présentent un enjeu dans la délimitation du risque. C'est pourquoi il doit remplir le questionnaire de déclaration des risques en y dévoilant sa situation particulière de santé. Symétriquement, l'assureur peut exclure la maladie de l'assuré et ne doit, en aucun cas, la divulguer ou admettre sa circulation⁴.

C'est dire qu'on ne peut négliger l'incidence du secret médical dans l'appréciation de la validité de la clause d'exclusion. Cette validité est appréciée sous le prisme de l'article L.

³ En zone CIMA, cette disposition correspond à l'article 11 alinéa 1 du Code CIMA en vertu duquel « *Les pertes et les dommages occasionnés par des cas fortuits ou causés par la faute de l'assuré sont à la charge de l'assureur, sauf exclusion formelle et limitée contenue dans la police* ».

⁴ C. HABOUBI, *Le secret en droit des assurances*, Thèse de Doctorat, Université de Lyon 3, 2009, p. 303.

113-1 du Code des assurances qui dispose : « *Les pertes et les dommages occasionnés par des cas fortuits ou causés par la faute de l'assuré sont à la charge de l'assureur, sauf exclusion formelle et limitée contenue dans la police* ». Il est question de s'assurer que la clause d'exclusion de garantie ne nécessite pas interprétation et ne vide pas la garantie de sa substance⁵. C'est à cette conclusion qu'a abouti la Cour de cassation dans cette affaire. Cette solution est classique. Mais sa motivation est particulière en ce qu'elle prend en compte le secret médical dans l'interprétation de l'article L. 113-1 du Code des assurances. Ainsi, en raison de ce secret médical, la deuxième chambre civile caractérise la forme de l'exclusion en l'étendant à une correspondance, ce qui est à notre connaissance, une nouveauté (I). Ce secret semble également lui permettre d'apprécier de manière subjective les caractères formel et limité de l'exclusion de garantie (II).

I) L'extension de la forme de l'exclusion

La forme de l'exclusion est la manière dont elle se matérialise. C'est sa silhouette, ou mieux, l'aspect sous lequel elle se présente. Cette forme doit être suffisamment claire ou visible aux yeux de l'assuré. Autrement dit, cette clarté s'inscrit dans un mouvement qui s'attache avant tout à l'effectivité de la connaissance de l'exclusion. En règle générale, le problème de forme ne se pose pas lorsque l'existence de l'exclusion n'est pas contestée en soi. C'est le cas en l'espèce, du moins à la lecture du moyen de cassation. Mais rien n'empêche à la Cour de cassation de « *caractériser* »⁶ cette exclusion d'autorité, s'il s'avère notamment que le mécanisme de son élaboration semble inhabituel, improbable ou encore discutable sur l'angle de la technique assurantielle.

C'est pourquoi en l'espèce, elle retient que la clause d'exclusion était claire « *quand bien même elle ne désigne pas elle-même, en raison du secret médical, la pathologie considérée, dès lors que l'assuré reconnaît par sa signature avoir reçu la lettre confidentielle qui explicite cette affection, et qu'elle est énoncée de façon explicite et aisément compréhensible* ». Que penser de cette décision ? L'assuré aurait-il pu soutenir, avec raison, le manque de clarté de cette clause multi-étapes ? La réponse n'est pas évidente. Elle invite à revisiter la position de la jurisprudence au sujet de la validité des clauses d'exclusion qui, par le mécanisme de renvoi, figurent dans un document autre que le contrat proprement dit.

On se trouve ici dans l'hypothèse de la clause externe, c'est-à-dire celle figure dans un document extérieur ou « *annexe* »⁷ au contrat conclu. Elle est envisagée par une clause de renvoi qui figure dans les conditions particulières. Son admission au titre de la police est strictement contrôlée par la Cour de cassation⁸. Elle a ainsi décidé qu'un intercalaire, ou tout autre document annexe, ne fait pas corps avec la police par sa seule existence et ne peut être opposé à l'assuré s'il s'agit d'une feuille volante non datée, non signée et ne comportant aucune référence à la police⁹. Pour admettre le contraire, il est nécessaire d'établir que l'assuré, au moment de la signature de la police, a eu connaissance du document et en a accepté le

⁵ R. G. TSOMEVOU, « Retour sur le rétablissement de l'équilibre dans le contrat d'assurance. L'état d'une inertie du juge face à des clauses disproportionnées de délimitation du risque garantie », *Juridis périodique*, n°60, Janv-fev-mars 2014, p. 30-44.

⁶ A. ASTEGIANO-La RIZZA, « La validité des clauses d'exclusion dans le contrat d'exclusion », obs. sous CA de Lyon, chambre civ., 1B, 8 avril 2014, n°12/02950, *Bacaly* n°5, janv. Juin 2014.

⁷ J. GHESTIN, « Normalisation et contrats », R.J.T. I, 1985, p. 10 : « Dans la mesure où ces normes ne figurent pas elles-mêmes dans le contrat, elles constituent des documents contractuels annexes ».

⁸ Ibidem.

⁹ Cass. com., 4 juin 1996, *RGDA*, 1996, p. 880, note L. MAYAUX.

contenu sans équivoque¹⁰. À ce titre, elle considère la clause de renvoi valable dès lors qu'elle est intégrée dans un document dont l'acceptation par l'assuré est certaine. Il importe donc que le document signé contienne un renvoi suffisamment précis aux autres documents. Dans ce cas, « *L'assureur peut opposer une clause des conditions générales à l'assurée qui a reconnu les avoir reçues, par une mention portée sur les conditions particulières qu'elle a approuvée* »¹¹.

Ces solutions acquises peuvent-elles s'étendre au cas d'espèce ? À première vue, la réponse négative semble prévaloir, car on se trouverait face à une « *clause puzzle, dont il faut assembler différents éléments pour connaître le contenu, [ce qui apparaît] problématique au regard de l'exigence de précision qui implique normalement qu'à la seule lecture de la clause l'assuré sache exactement dans quels cas il est couvert et dans quels cas il n'est pas couvert. Or ici, justement, la seule lecture de la clause ne pouvait lui apporter cette connaissance, qui ne pouvait résulter que d'une lecture combinée de la clause et de la lettre, telles deux pièces s'emboîtant pour donner la solution d'une énigme...* »¹². On admet qu'une clause d'exclusion n'est identifiée comme telle qu'à la lecture de son contenu. Et que la clause de renvoi ne doit pas émettre cette lecture de telle manière que seul un assemblage de document permettrait de mieux caractériser l'exclusion. Du coup, si le contrat litigieux ne se contentait pas de renvoyer la lecture unique de l'exclusion, exclusivement au document personnalisé, il serait légitime que le grief d'imprécision soit soulevé¹³.

Mais rappelons que dans la correspondance personnalisée, l'assureur avait exclu, des garanties indemnités journalières et rente d'invalidité, « *les suites et conséquences éventuelles des pathologies disco-vertébrales du rachis lombo-sacré* ». Nous avons le sentiment que l'assuré était dans une position où il était supposé connaître tant l'objet que le domaine de l'exclusion¹⁴. En Revange, nous ne sommes pas sûrs que le certificat d'adhésion au contrat ait été d'un quelconque secours dans la compréhension de cette exclusion, lui qui a plutôt l'avantage de préciser les conditions d'opposabilité du document. Non seulement l'assuré avait approuvé ce renvoi explicite, mais il avait également pris connaissance du document et donc de son contenu. La jurisprudence classique de la Cour de cassation devrait, par conséquent, pouvoir s'appliquer.

On objectera que cette jurisprudence est inadaptée dès lors que le renvoi n'était pas fait à une clause figurant dans un document annexe, telle une condition générale, de sorte qu'un nouveau consentement de l'assuré pouvait être requis pour l'opposabilité de l'exclusion. Encore que rien ne semblait justifier ce renvoi dès lors que l'article 3, a), de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 n'y faisait aucune obligation¹⁵. Celui-ci prévoit en effet que la ou les maladies antérieures dont les suites ne sont pas prises en charge doivent être clairement mentionnées dans le contrat individuel ou dans le certificat d'adhésion au contrat

¹⁰ Cass. civ. 1, 9 juill. 1974, n° 73-12.228, *RGAT*, 1975, p. 223.

¹¹ Cass. civ. 1, 1 avr. 2003, n° 00-14.616, *Resp. civ. et assur.*, 2003, comm. 217.

¹² A. PIMBERT, note sous Cass. 2^e civ., 4 avr. 2024, note préc., p. 22.

¹³ Dans le contrat, l'expression « *sont exclus du droit...* » est employée. En même temps, le document personnalisé « *exclu des garanties...* ». On peut finalement se demander de quel document l'exclusion trouve sa mesure.

¹⁴ Voir nos développements sur la conception subjective du contrôle des caractères formel et limité. Voir infra, p. 10.

¹⁵ Il s'agit de la loi renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques.

collectif¹⁶. De ce point de vue, il y aurait multiplication des renvois, source de confusion pour l'assuré¹⁷.

S'il fallait réagir à ces objections, nous partirions du dernier point pour se demander si au-delà de la loi, le secret médical ne relèverait pas davantage de la volonté des parties. Nous avons en effet le sentiment que l'acceptation par l'assuré, que sa pathologie figure dans une correspondance confidentielle, est la preuve que ce dernier avait grand intérêt à la préservation de son secret. L'assureur ne peut stipuler autrement au motif que l'article 3 a) de la loi de 1989 précitée lui donne le droit de formuler les suites de la pathologie qu'il entend exclure dans le contrat individuel ou le certificat d'adhésion au contrat collectif. On pourra nous opposer que s'agissant d'un contrat d'adhésion, autant l'assureur a eu l'initiative de l'exclusion, autant il aurait bien pu décider unilatéralement de le porter dans un document distinct du contrat principal. Admettons...

Il reste qu'il n'est pas certain que l'article 3 précité ait entendu distinguer parmi les documents contractuels. Les termes « *contrat individuel* » ou « *certificat d'adhésion* » sont purement génériques et englobent le contrat principal avec ses différentes annexes ; la condition étant que l'assuré en ait eu connaissance. La preuve de l'information de l'assuré est l'apposition de sa signature sur le document, chose sans laquelle il y aurait « *impuissance du renvoi* »¹⁸. Techniquement, la signature vient parachever la volonté conditionnelle de départ et non approuver une addition ou modification au contrat principal¹⁹, pour laquelle il aurait fallu un accord express de l'assuré. Ainsi, la transmission régulière du document à l'assuré fait de la clause, qui au départ était extérieure et simplement annoncée, une disposition « *énoncée dans le contrat* » et qui incorpore celui-ci. On aboutit aux questions d'accessibilité et d'intelligibilité qui commandent qu'au-delà de la technique rédactionnelle, l'on apprécie « *la clarté d'une clause au prisme de la finalité recherchée* »²⁰.

En l'espèce, cette finalité commençait par la mise en garde de l'assuré sur l'effectivité de l'exclusion, ce qui semble avoir porté des fruits au regard de l'absence de contestation y relative. « *L'exclusion personnalisée* »²¹ est donc admise, avec flexibilité, par la Cour de cassation face au secret médical, ce qui semble être nouveau. Sa forme ne dépend plus seulement du contrat principal, mais aussi et surtout de tout document qui contribue à le matérialiser, à condition que toutes les conditions d'opposabilité de l'exclusion soient réunies. À condition également que l'exclusion soit en caractère très apparent, exigence qui, à notre sens, peut être atteinte par le seul fait que l'objet de la correspondance et son contenu portent uniquement sur celle-ci. La Cour de cassation doit pouvoir y veiller, tout en s'assurant que l'assuré soit, en toute hypothèse, informé « *contre les effets de la clause* »²². Ce dernier aspect

¹⁶ Sur ces positions, lire A. PIMBERT, note sous Cass. 2^e civ., 4 avr. 2024, note préc., p. 22.

¹⁷ A. M. PELISSIER, Note sous Cass. 2^e civ., 26 nov. 2020, n° 19-16797 : *RGDA* janv. 2021, n° 118, p. 20.

¹⁸ D. LLUELES, « Le mécanisme du renvoi contractuel à un document externe : droit commun et régimes spéciaux », *La revue du Notariat*, Volume 104, numéro 1, mars 2002, p. 42.

¹⁹ L'article L.112-3 du Code des assurances dispose : « Toute addition ou modification au contrat d'assurance primitif doit être constatée par un avenant signé des parties ». En l'espèce, les conditions d'application de cette disposition ne sont pas réunies, car on ne peut ajouter ou modifier qu'à ce qui a été clairement et préalablement exprimé. Jamais les parties contractantes ne se sont accordées à substituer une nouvelle exclusion à l'exclusion originelle (*inexistante*) qui se serait éteinte corrélativement.

²⁰ J-S BAGENDABANGA, note sous Cass. 2^e civ., 14 mars 2024, n° 22-16.305, F-D, *BJDA*.fr 2024, n° 92, pp. 05 et s. ; L. MAYAUX, « Réflexion sur la clarté des clauses », préc., n° 13, p. 9 et 10.

²¹ A. PIMBERT, note sous Cass. 2^e civ., 4 avr. 2024, note préc., p. 21.

²² L. MAYAUX, A. PIMBERT, note sous Cass. 2^e Civ. 25 janv. 2024, n° 22-14.739, F-B, *RGDA*, n° 3, mars 2024, p. 25.

était discuté en l'espèce même si son appréciation dépendait, une fois de plus, de la connaissance, par l'assuré, de sa situation de santé.

II) L'appréciation subjective des caractères de l'exclusion

Dans le moyen du pourvoi, l'assuré soutenait que la clause d'exclusion visant « *les suites et conséquences éventuelles des pathologies disco vertébrales du rachis lombo-sacré* », sans autre précision (*c'est nous qui soulignons*), à défaut d'être formelle et limitée, était nulle et ne pouvait, dès lors, recevoir application. La Cour de cassation avait pour mission d'apprécier les caractères de cette exclusion au regard de l'article L.113-1 du Code des assurances. Partant, elle a estimé que cette exclusion est valide, comme formelle et limitée. La motivation relative à chacune de ces conditions de validité mérite qu'on s'y attarde. À la vérité, l'appréciation de cette décision dépend du « *prisme à travers lequel [la 2^e chambre civile] appréhende le caractère formel et limité d'une clause d'exclusion* »²³.

Le premier réflexe serait d'analyser l'arrêt selon la conception formelle et objective de la validité de la clause, à laquelle la Cour de cassation est traditionnellement quasi-inflexible²⁴. Selon cette conception, seuls des « *critères précis* » et « *des hypothèses limitativement énumérées* »²⁵ sont à même de valider la clause d'exclusion comme formelle et limitée. Sous cet angle, cette décision serait discutable dans chacune de ses motivations.

D'une part, elle a retenu « *[que la clause d'exclusion] est limitée, puisqu'elle ne vise qu'une pathologie spécifique et ne vide pas de sa substance le contrat d'assurance, qui garantit l'assuré contre toute autre affection et lésion* ». Rappelons qu'une clause d'exclusion n'est pas limitée lorsqu'elle vide la garantie de sa substance²⁶, en ce qu'elle ne laisse subsister qu'une garantie dérisoire²⁷. L'objectif est de réduire la marge de manœuvre de l'assureur quant à sa volonté de restreindre sa garantie au moment de la souscription du contrat. Incidemment, la limitation de l'exclusion doit être suffisamment claire pour que l'assuré sache exactement dans quels cas il ne sera pas couvert. Confrontée à ces précisions, la décision est sibylline.

Ainsi il a été affirmé que « *le caractère limité de l'exclusion est difficilement contestable dans la mesure où [le document] ne vise qu'une pathologie bien déterminée, alors même que le contrat garantissait l'assuré contre toute autre affection et lésion*²⁸ ». Nous convenons que l'exclusion des seules pathologies « *disco vertébrales du rachis lombo-sacré* » est limitée au regard de la garantie de principe qui prévoyait « *le versement d'indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire totale de travail consécutive à un accident ou une maladie* ». L'assuré semblait donc couvert contre tout accident et contre les maladies autres que celle exclue.

Mais cette appréhension *in abstracto* du caractère limité de l'exclusion ne coule pas de source. Dans un cas d'espèce en effet, la Cour de cassation a choisi d'apprécier la clause

²³ J-S BAGENDABANGA, note sous Cass. 2^e civ., 14 mars 2024 préc.

²⁴ Sur cette conception objective et formelle, lire amplement S. ABRAVANEL-Jolly, A. ASTEGIANO-La Rizza, *Un an de jurisprudence en droit des assurances (Juin 2012-Juin 2013)*, LexisNexis, 2014, pp. 44 et s..

²⁵ Cass. civ. 3, 26 sept. 2012, n° 11-19117 ; Cass. civ. 2, 12 déc. 2013, n° 12-25777 et 12-29862, LEDA 2013, n° 2, p. 2, note A. ASTEGIANO-LA RIZZA.

²⁶ Jurisprudence constante depuis Cass. 1^{re} civ., 17 févr. 1987, n° 85-15350 : *RGAT* 1987, p. 271, note R. BOUT ; Cass. 1^{re} civ., 4 juin 1991, n° 88-17707 : *RGAT* 1991, p. 635, note R. BOUT.

²⁷ P.-G. MARLY, « Que reste-t-il des listes exemplatives d'exclusions ? (À propos de Cass. 2^e civ., 17 juin 2021, n° 19-24467) », FS-B+R, *BJDA*.fr 2021, n° 76.

²⁸ A. PIMBERT, Note sous Cass. 2^e civ., 4 avr. 2024, note préc., p. 23.

d'exclusion *in concreto*, précisément en « *considération de la garantie explosion exclue et non au regard de la totalité des garanties visées au contrat d'assurance ; [ce qui a conduit] à son invalidation dès lors que son application en l'espèce laisserait subsister une garantie dérisoire. Elle opère une appréciation du caractère limité de l'exclusion en comparant son domaine à celui de la garantie qu'elle ampute* »²⁹. Cela pouvait s'entendre, dans notre cas, à l'indication des « *suites et conséquences* » de la pathologie objet d'exclusion. Celles-ci n'étant pas précisées dans le contrat, il serait difficile de savoir avec exactitude dans quelle hypothèse cette exclusion peut ou ne peut pas jouer. À moins de recourir à l'expertise d'un médecin, ce qui nous rapproche de la nécessité d'interpréter la clause, preuve de son ambiguïté.

D'autre part, la Cour de cassation affirme qu'une clause d'exclusion « *est énoncée de façon explicite et aisément compréhensible* ». Cela renvoie au caractère formel exigé par l'article L. 113-1 du Code des assurances. Cette exigence sous-tend que la clause soit précise et claire³⁰, c'est-à-dire exempte d'équivoque et d'ambiguïté³¹. Ainsi, une clause claire est « *celle qui saute aux yeux ou à un degré supérieur qui crève les yeux* » et « *interdit toute relecture* »³². Elle permet de désigner « *l'obligation faite à l'auteur d'une norme juridique de la rendre accessible, intelligible* »³³. Toute chose qui nécessite une précision du champ lexical de la clause et, lorsqu'elle est énoncée « *en extension* », la limitation des hypothèses énumérées³⁴. Dit autrement, « *le moindre doute, même la plus petite ambiguïté* »³⁵ exclut toute possibilité d'interprétation³⁶ et entraîne l'éviction automatique de la clause.

Du coup, on comprend qu'aient été bannies, dans certaines affaires, les exclusions visant les « *dommages intentionnellement causés ou provoqués par l'assuré* »³⁷, les « *maladies sexuellement transmissibles* »³⁸ ou encore les « *troubles psychiques* »³⁹. Sous ces conditions, il semble qu'en l'espèce, l'utilisation de termes médicaux ne « *garantit pas la bonne compréhension de la clause par un assuré ne disposant pas de connaissances spécifiques en matière médicale* »⁴⁰. Mais cette critique n'est pas étanche, car l'assuré pouvait bien maîtriser les tenants et les aboutissants de sa maladie.

²⁹ A. TRESCASES, « Nouvelle discussion autour de la détermination du champ d'appréciation du caractère mité de l'exclusion », Cass. 2^e civ., 9 févr. 2023, n° 21-18067, F-D, bjda.fr 2023, n° 86

³⁰ J. BIGOT (Sous la dir.), *Traité de droit des assurances*, T. 3, *Le contrat d'assurance*, 2^e éd., 2014, LGDJ, n° 1734.

³¹ M. PICARD, A. BESSON, *Les assurances terrestres*, t. 1, *Le contrat d'assurance*, 5^e éd., 1985, LGDJ, n° 69, p. 119.

³² L. MAYAUX, « Réflexion sur la clarté des clauses », RGDA, n° 07-08, Juillet-Aout 2023, n° 14, p. 10 ; Cass. 2^e civ., 7 juill. 2022, n° 21-14288 : RGDA sept. 2022, n° RGA200y8, note A. PIMBERT.

³³ G. CHANTEPIE, « L'exigence de clarté dans la rédaction du contrat », RDC 2012, p. 989.

³⁴ P.-G. MARLY, « Exclusions de garantie : la grammaire de la Cour de cassation (*À propos de Cass. 2 civ., 25 janv. 2024, n° 22-14739, F-B*) », BJDA.fr 2024, n° 91 janv.-fév. 2024, n° 1.

³⁵ V. A. TOUZAIN, « Assurance – garantie des pertes d'exploitation et Covid 19 : cette fois la clause d'exclusion n'est pas formelle : ou quand les traiteurs sont mieux traités que les restaurateurs », JCP E, n° 16, 18 avr. 2024, 1113, comm. sous Cass. 2 Civ. 25 janv. 2024, n° 22-14. 739, F-B.

³⁶ H. GROUTEL, « Feu l'interprétation des clauses d'exclusion de la garantie dans les contrats d'assurance », RCA, 2001, chron. n° 17 ; Cass. 1^{re} civ., 22 mai 2001, n° 99-10849, Bull. Civ. I, n° 140 : « Une clause d'exclusion de garantie ne peut être formelle et limitée dès lors qu'elle doit être interprétée ».

³⁷ Cass. 2^e civ., 20 janv. 2022, n° 20-10529, FS-B.

³⁸ Cass. 1^{re} civ., 4 mai 1999, n° 97-16924.

³⁹ Cass. 2^e civ., 2 avr. 2009, n° 08-12587. En dernier lieu, Cass. 2^e civ., 31 mars 2022, n° 20-18496 : l'exclusion « *visant les affections neuropsychiatriques ou neuropsychiques, sans autre précision, [est] nulle, à défaut d'être formelle et limitée* ».

⁴⁰ A. PIMBERT, Note sous Cass. 2^e civ., 4 avr. 2024, note préc., p. 23.

Aucune des positions ne faisant, de part et d'autre, véritablement figure de vainqueur, peut-être faudrait-il, contextuellement, se détacher de la conception formelle et objective précédemment exposée. Il s'agit de prendre davantage en compte le souci de protection du secret médical et d'opter pour une appréciation dite « *subjective* » des caractères formel et limité de l'exclusion⁴¹. N'oublions d'ailleurs pas que c'est dans ce cadre que l'exclusion personnalisée a été formulée, de sorte qu'il faudrait rechercher si l'assuré avait ou n'avait pas concrètement la possibilité de la percevoir⁴².

Rappelons que l'assureur ne formule pas l'exclusion personnalisée *ex nihilo*, mais bien en considération d'un processus connu de l'assuré : « *lorsque la déclaration de santé simplifiée, destinée à évaluer dans un premier temps l'état global de santé de l'assuré, fait apparaître des éléments de nature à augmenter le risque, le médecin de l'assureur peut demander un rapport médical, sous la forme d'un questionnaire détaillé, voire un examen médical ou des analyses complémentaires. Les résultats de ces examens peuvent alors le conduire, en raison de l'état de santé de l'assuré, à exclure certains risques, notamment certaines pathologies* »⁴³. Il se peut que l'assuré ait préalablement connaissance de son état de santé au regard des réponses apportées⁴⁴. Et même s'il n'en a pas la teneur véritable, la réception – *de plein droit* – du rapport médical du médecin conseil suffit à forger sa conviction. C'est les conclusions de ce rapport qui permettent à l'assureur d'annoncer l'exclusion dans le contrat d'origine et de la formuler dans le document personnel. Du coup, ce dernier n'a pas à prendre en charge des dommages trouvant leur origine dans une pathologie connue et dont la probabilité de survenance est grande.

Comme telle, l'exclusion des « *conséquences éventuelles des pathologies disco vertébrales du rachis lombo-sacré* » serait formelle et limitée, la Cour de cassation ayant, par le passé, évincer de la garantie « *Incapacité de travail* », les « *conséquences des dépressions nerveuses...* »⁴⁵. Il s'agissait d'admettre, comme en l'espèce, qu'un ensemble d'exclusions puisse valablement être formulé sans que les critères de clarté et de précision ne soient violés⁴⁶. Il est question, par cette conception subjective, de privilégier le caractère compréhensible et intelligible de la clause plutôt que sa seule et traditionnelle validité grammaticale⁴⁷. C'est sous ce bénéfice que le présent arrêt semble avoir été rendu.

Rostand Gervais TSOMEVOU

Dr/PhD en droit privé, Avocat au Barreau du Cameroun

L'arrêt :

Faits et procédure

1. Selon l'arrêt attaqué (Poitiers, 22 février 2022), M. [N], qui avait alors la qualité de travailleur indépendant, a souscrit en 2011 un contrat d'assurance de prévoyance auprès de la Caisse régionale d'assurances mutuelles agricoles Centre Atlantique - Groupama Centre Atlantique (l'assureur),

⁴¹ Sur cette conception subjective, lire A. ASTEGIANO-La RIZZA, « La validité des clauses d'exclusion dans le contrat d'exclusion », art. préc. ; S. ABRAVANEL-Jolly, A. ASTEGIANO-La Rizza, *Un an de jurisprudence en droit des assurances (Juin 2012-Juin 2013)*, op. cit., pp. 48 et s.

⁴² En ce sens, lire H. GROUTEL, *Traité du contrat d'assurance Terrestre*, éd. Litec, 2008, n° 508.

⁴³ A. PIMBERT, note sous Cass. 2^e civ., 4 avr. 2024, n° 22-18186, art. préc., p. 21.

⁴⁴ L'objectif de l'intervention du médecin de l'assureur est d'ailleurs de s'assurer que la maladie état antérieure à la souscription du contrat ou à l'adhésion de l'assuré au contrat collectif (*article 3b de la loi de 1989 préc.*).

⁴⁵ Civ. 2, 24 sept. 2020, n° 19-19483.

⁴⁶ P.-G. MARLY, « Que reste-t-il des listes exemplatives d'exclusions ? (À propos de Cass. 2^e civ., 17 juin 2021, n° 19-24467) », art. préc., p. 3.

⁴⁷ L. MAYAUX, « Réflexion sur la clarté des clauses », art. préc., n° 13.

prévoyant le versement d'indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire totale de travail consécutive à un accident ou une maladie.

2. À la suite d'un arrêt de travail du 2 février 2012 pour une lombo-sciatalgie gauche, M. [N] a sollicité de son assureur le paiement d'indemnités journalières à compter du 1er mai 2013, en exécution du contrat.

3. L'assureur a refusé de prendre en charge le sinistre en raison d'une exclusion de garantie prévue au contrat pour certaines pathologies rachidiennes.

4. M. [N] l'a assigné devant un tribunal de grande instance en exécution du contrat afin d'obtenir le paiement des indemnités journalières.

Examen des moyens

Sur le premier moyen, pris en ses deux premières branches, et sur le second moyen

5. En application de l'article 1014, alinéa 2, du Code de procédure civile, il n'y a pas lieu de statuer par une décision spécialement motivée sur le premier moyen, pris en sa première branche, qui est irrecevable, et sur le premier moyen, pris en sa deuxième branche et le second moyen, qui ne sont manifestement pas de nature à entraîner la cassation.

Sur le premier moyen, pris en sa troisième branche

Énoncé du moyen

6. M. [N] fait grief à l'arrêt de confirmer le jugement, notamment en ce qu'il l'a débouté de ses demandes, dont celle tendant à voir condamner l'assureur à lui verser, à terme échu, la somme de 54 750 euros, correspondant aux 1095 jours d'indemnités journalières dus à titre contractuel, après la consolidation du 1er mai 2013, alors « que les clauses d'exclusion de garantie doivent, pour être formelles et limitées au sens de l'article L. 113-1 du Code des assurances, se référer à des faits, circonstances ou obligations définis avec une précision telle que l'assuré puisse connaître exactement l'étendue de sa garantie ; qu'en énonçant que la clause d'exclusion « est claire, quand bien même elle ne désigne pas elle-même en raison du secret médical la pathologie considérée, dès lors que l'assuré reconnaît par sa signature avoir reçu la lettre confidentielle qui, elle, explicite cette affection, et que celle-ci est énoncée de façon explicite et aisément compréhensible dans cette notification par la formule « les suites et conséquences éventuelles des pathologies disco vertébrales du rachis lombo-sacré », cependant que cette clause d'exclusion visant « les suites et conséquences éventuelles des pathologies disco vertébrales du rachis lombo-sacré », sans autre précision, à défaut d'être formelle et limitée, était nulle et ne pouvait, dès lors, recevoir application, la Cour d'appel a violé l'article L. 113-1 du Code des assurances ».

Réponse de la Cour

7. Il résulte de l'article L. 113-1 du Code des assurances qu'une clause d'exclusion n'est pas formelle lorsqu'elle ne se réfère pas à des critères précis et nécessite interprétation et qu'elle n'est pas limitée lorsqu'elle vide la garantie de sa substance, en ce qu'après son application elle ne laisse subsister qu'une garantie dérisoire.

8. L'arrêt relève, d'une part, que le certificat d'adhésion au contrat prévoyait que « sont exclues du droit aux prestations les conséquences des affections médicales précisées dans la lettre confidentielle transmise à l'assuré et dont il reconnaît avoir pris connaissance. Cette clause ne concerne que les arrêts de travail, les prestations particulières et/ou l'invalidité » ; d'autre part, que par une lettre confidentielle du 16 mars 2011, l'assureur avait informé M. [N] qu'il avait exclu des garanties indemnités journalières et rente d'invalidité « les suites et conséquences éventuelles des pathologies disco-vertébrales du rachis lombo-sacré ».

9. Il retient que cette clause est claire, quand bien même elle ne désigne pas elle-même, en raison du secret médical, la pathologie considérée, dès lors que l'assuré reconnaît par sa signature avoir reçu la lettre confidentielle qui explicite cette affection, et qu'elle est énoncée de façon explicite et aisément compréhensible.

10. Il retient encore qu'elle est limitée, puisqu'elle ne vise qu'une pathologie spécifique et ne vide pas de sa substance le contrat d'assurance, qui garantit l'assuré contre toute autre affection et lésion.

11. La cour d'appel, qui a exactement retenu que la clause d'exclusion de garantie litigieuse ne nécessitait pas interprétation et ne vidait pas la garantie de sa substance, en a déduit à bon droit qu'elle était formelle et limitée et devait recevoir application.

12. Le moyen n'est, dès lors, pas fondé

PAR CES MOTIFS, la Cour :

REJETTE le pourvoi ;

Condamne M. [N] aux dépens.