

Rédaction des clauses d'exclusion conventionnelles de risques : précision intégrale exigée !



Dans un précédent numéro (*Lettre Assurances IARD n° 21, févr. 2021*), nous observions la rigueur avec laquelle la Cour de cassation fait application des dispositions de l'article L. 113-1, alinéa 1, du Code des assurances selon lesquelles les exclusions conventionnelles de risques, désignant les événements ou les dommages constitutifs du sinistre que l'assureur choisit de ne pas indemniser, doivent être « *formelles et limitées* ». Un récent arrêt publié au Bulletin globalise la validité des clauses d'exclusion et expose les assureurs à un danger auquel la Cour de cassation ne les avait encore jamais confrontés (*Cass. 2^e civ., 17 juin 2021, n° 19-24467, PB*).

Par référence implicite à la définition du mot formel évoquant « ce qui est formulé avec précision, excluant toute incertitude, toute ambiguïté », la Cour de cassation sanctionne avec constance les exclusions qui manquent de la précision ou de la clarté nécessaires pour que l'assuré soit à même de déterminer sans difficulté les cas dans lesquels le risque ne sera pas couvert (pour des exemples, V. *Lettre Assurances IARD n° 21, févr. 2021*). La décision rendue le 17 juin dernier, dont la portée dépasse très largement les frontières de l'assurance de groupe qui en constitue le cadre, donne une dimension nouvelle à l'exigence légale en jugeant que « *ne peut recevoir application* » une clause partiellement critiquable, bien que la validité de celles des exclusions dont se prévalait l'assureur ne fût pas discutable.

Un agriculteur adhère à un contrat d'assurance de groupe souscrit par une banque auprès de laquelle il a emprunté à quatre reprises sur plusieurs années. Cette assurance garantit « *les risques de décès et d'incapacité temporaire totale de travail pour l'ensemble de ces prêts, ainsi que le risque d'invalidité absolue et définitive pour l'un d'entre eux et le risque de perte totale et irréversible d'autonomie pour les trois autres* ». À la suite d'un accident du travail qui ne lui permet plus d'exercer son activité professionnelle, l'assuré sollicite la mise en jeu de la garantie. L'assureur oppose un refus fondé sur une clause d'exclusion visant « *les incapacités et invalidités (qu'elles soient temporaires, permanentes, définitives et / absolues) qui résultent : de lombalgies, de sciatalgie, dorsalgie, cervicalgie ou autre « mal de dos* » ».

Nul doute que l'exclusion désignée par l'expression « *autre « mal de dos »* » ne peut être tenue pour formelle et limitée dès lors qu'elle oblige l'assuré à un effort d'interprétation qui ne lui est pas nécessairement accessible (Cass. 2^e civ., 18 janv. 2006, n° 04-17279, NPB). Dans le même sens, à propos de l'exclusion de « *maladies sexuellement transmissibles* », V. Cass. 4 mai 1999, n° 97-16924, NPB et à propos de l'exclusion de « *troubles psychiques* », V. Cass. 2^e civ., 2 avr. 2009, n° 08-12587, NPB).

En l'espèce, la question n'est d'ailleurs pas celle de la validité de l'exclusion « *autre « mal de dos »* ». Elle est de déterminer si l'assuré peut tirer parti des dispositions de l'article L. 113-1, alinéa 1^{er}, du Code des assurances dans des circonstances où il souffre de pathologies nominativement, distinctement et précisément désignées dans la clause dont l'assureur réclame application et non d'une affection susceptible d'entrer dans la catégorie fourre-tout « *autre « mal de dos »* ».

Selon la cour d'appel, « *seule l'expression « et autre mal de dos » n'est pas formelle et limitée* ». Mais « *une fois expurgée de cette expression maladroite et imprécise, inopposable à l'assuré, la clause redevient parfaitement claire, formelle et limitée, pour le restant* ». Dans la mesure où l'assuré avait déclaré un sinistre avec lombosciatalgie droite et où cette « *pathologie entraine nécessairement dans le champ contractuel de la clause excluant à la fois les lombalgies et les sciatalgies* », l'assureur est bien fondé à dénier sa garantie.

Les juges du fond empruntent une voie depuis longtemps tracée par la Cour de cassation (Cass. 1^{re} civ., 10 déc. 1996, n° 94-21477, PB). La deuxième chambre civile a encore très récemment donné raison à une juridiction ayant admis l'application de la clause excluant les « *conséquences des affections neurologiques, des dépressions nerveuses ou autre(s) trouble(s) psychique(s), ainsi que toute manifestation justifiant un traitement relatif à la neuropsychiatrie, sauf s'ils ont nécessité une hospitalisation (hormis l'hospitalisation de jour) en milieu psychiatrique de plus de sept jours continus* ». Certes l'expression « *autre(s) trouble(s) psychique(s)* » est sujette à interprétation (en ce sens, V. Cass. 2^e civ., 2 avr. 2009, n° 08-12587, NPB). Mais il suffit de la retrancher de la clause litigieuse qui retrouve alors sa validité pour le restant. L'assureur peut ainsi valablement opposer à l'assuré l'exclusion « *des dépressions nerveuses* » (Cass. 2^e civ., 24 sept. 2020, n° 19-19484, NPB). Le traitement distinct réservé aux exclusions figurant dans une clause commune, selon qu'elles respectent ou non la règle énoncée à l'article L. 113-1^{er} du Code des assurances, est avant tout pragmatique puisqu'il préserve une forme d'équilibre entre les intérêts de l'assuré (auquel une exclusion dont les contours sont mal définis ne peut en aucune circonstance être opposée) et ceux de l'assureur (autorisé à se prévaloir d'une exclusion vertueuse faisant partie du même ensemble).

Pourtant, la décision qui vient d'être publiée au Bulletin privilégie une orientation diamétralement opposée. Au visa de l'article L. 113-1 du Code des assurances, la Haute juridiction considère que la « *clause d'exclusion, dès lors qu'elle mentionne « et autre « mal de dos »* », *n'est pas formelle et limitée et ne peut recevoir application, peu important que l'affection dont est atteint M. L. (l'assuré) soit l'une de celles précisément énumérées à la clause* ».

Jusqu'ici, la deuxième chambre civile se préoccupait de la validité de la seule exclusion soumise à son appréciation en raison de la pathologie affectant l'assuré. C'est ainsi qu'elle a permis à l'assureur de se prévaloir de l'exclusion « *des dépressions nerveuses* », envisagée distinctement de l'exclusion des « *autre(s) trouble(s) psychique(s)* » qui ne concernait en rien l'assuré. Ce *modus operandi* conduisait à valider l'exclusion mentionnée dans une clause, tout en écartant de cette même clause une exclusion qui ne réunissait pas les conditions requises par l'article L. 113-1, alinéa 1^{er}, du Code des assurances. La même chambre statue désormais sur la validité de la clause d'exclusion qu'elle envisage comme un tout, dont l'application doit être écartée au seul motif qu'une exclusion qui s'y trouve mentionnée, même si elle est isolée, n'obéit pas au régime imposé par le législateur quand bien même ladite exclusion ne concernerait en rien l'assuré.

Le changement est majeur et place plus que jamais les assureurs dans l'obligation de procéder à l'examen minutieux de la rédaction des clauses de leurs polices désignant plusieurs exclusions conventionnelles de risque, en filtrant les imperfections dont la Cour de cassation semble désormais considérer, qu'elles contaminent les exclusions correctement formulées au point de justifier que la clause soit, dans son ensemble, inapplicable.

ACTUALITE JURISPRUDENTIELLE

—

Contrat d'assurance – Non-garantie – Disparition de l'aléa – Définition : Cass. 3^e civ., 10 juin 2021, n° 20-10.774, NPB

Selon l'article L. 113-1, alinéa 2, du Code des assurances, l'assureur « *ne répond pas des pertes et dommages provenant d'une faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré* ». A l'inverse de la deuxième chambre civile de la Cour de cassation qui privilégie depuis quelques années une conception dualiste des deux fautes (Cass. 2^e civ., 20 mai

2020, n° 19-11538, PB : Lettre assurances IARD n° 19), la troisième chambre civile, à l'exception de quelques rares variations jurisprudentielles entretenant une forme d'ambiguïté (en ce sens, V. Cass. 3^e civ., 30 nov. 2017, n° 16-22668, NPB), restait encore récemment attachée à une conception unitaire et restrictive selon laquelle la faute intentionnelle ou dolosive est caractérisée en cas de « *volonté de causer le dommage* » et pas seulement d'en créer le risque (Cass. 3^e civ., 5 déc. 2019, n° 18-21679 et 18-22915, NPB). Le présent arrêt marque un infléchissement, sans pour autant rebattre nettement les cartes d'un jeu dont l'issue demeure incertaine. L'affaire concerne un architecte assuré auprès de la MAF qui, s'affranchissant des prescriptions d'un permis de construire, a élaboré un dossier de consultation des entreprises (DCE) sans respecter « *l'obligation de conserver les murs en terre (de l'ouvrage) et les matériaux existants en dépit des longs échanges ayant eu lieu sur ce point avec les services d'urbanisme de la commune* ». La cour d'appel estime que « *l'architecte ne pouvait ignorer qu'il existait un risque très élevé que celle-ci (la commune) refuse toute régularisation avec pour conséquence inéluctable l'obligation de démolir l'ouvrage* » dont procède la demande d'indemnisation formée par les maîtres de l'ouvrage. Elle en tire pour conséquence qu'une non-garantie est justifiée, faute d'aléa. Sur le double fondement de l'ancien article 1964 du Code civil (consacrant le caractère aléatoire du contrat d'assurance) et de l'article L. 113-1 du Code des assurances, les maîtres de l'ouvrage reprochent aux juges du fond ne pas avoir caractérisé la faute intentionnelle de l'assuré qui « *implique la volonté de créer le dommage et non pas seulement d'en créer le risque* ». Se prévalant des mêmes textes, ils font également valoir que « *la conscience du risque de refus de régularisation, même élevé, ne suffisait pas à établir celle du caractère inéluctable* » du « *dommage futur* » constitué par l'obligation de démolir l'ouvrage. La troisième chambre civile approuve les juges du fond d'avoir écarté la faute intentionnelle de l'assuré dont la volonté n'était pas que les maîtres de l'ouvrage soient contraints à la démolition de l'ouvrage. Concernant la disparition de l'aléa, elle subordonne la non-garantie à l'existence d'un comportement délibéré, tout en s'accommodant de la conscience qu'a l'assuré de l'existence d'un « *risque très élevé* » de réalisation du risque attaché à ce comportement. Autrement dit, la preuve que l'assuré avait à l'esprit que la violation des prescriptions du permis de construire conduirait inévitablement à un refus de régularisation emportant obligation de démolir l'ouvrage n'est pas exigée. La solution s'écarte de la jurisprudence de la deuxième chambre civile, qui subordonne la non-garantie fondée sur l'existence d'une faute dolosive à la démonstration que l'assuré a eu conscience de faire courir un risque certain de dommage, c'est-à-dire un risque dont la réalisation ne fait aucun doute.

Assurance relative aux biens – Application du principe indemnitaire – Date d'évaluation du dommage : Cass. 2^e civ., 8 juill. 2021, n° 20-10575, NPB

L'article L. 121-1, alinéa 1^{er}, du Code des assurances dispose que dans un contrat d'assurance de biens, l'indemnité « *ne peut pas dépasser le montant de la valeur de la chose assurée au moment du sinistre* ». Ce texte consacre le principe indemnitaire qui prohibe tout enrichissement de l'assuré à la faveur du préjudice qu'il a subi. L'assuré n'est ainsi pas tenté de provoquer un sinistre dont il sait par avance qu'il ne tirera pas profit dès lors qu'il ne peut en aucun cas obtenir versement d'une indemnité d'un montant supérieur à la valeur de ses pertes. En définitive, le principe indemnitaire n'a d'autre vocation que de replacer l'assuré dans la situation qui aurait été la sienne en l'absence de sinistre, en tenant compte des spécificités contractuelles relatives aux modalités d'évaluation de la chose assurée et des limitations légales (C. ass., art. L. 121-5) ou conventionnelles (franchises, découverts ou plafonds) du montant de la garantie. En toute hypothèse, la valeur de la chose assurée doit être fixée au jour du sinistre, comme vient de le rappeler la Cour de cassation dans le cadre d'un litige concernant l'évaluation de pièces d'or volées à l'assuré qui les avait achetées en Turquie, la facture ayant été établie en monnaie turque. L'assuré et l'expert désigné par l'assureur se placent à la date du sinistre, le premier évaluant les pièces d'or à la somme de 46 466 euros et le second à la somme de 42 501 euros. L'assureur dénie sa garantie, ce qui conduit l'assuré à l'assigner en paiement. La cour d'appel condamne l'assureur au versement d'une indemnité d'un montant de 14 932, 11 euros, calculé sur la base de la valeur de conversion euros/livre turque au jour de sa décision. La cassation intervient pour violation de l'article L. 121-1 du Code des assurances au motif que les juges du fond ne pouvaient pas convertir le montant de factures établies en monnaie turque par référence au taux de change en euros au jour de leur décision : seul était applicable le taux de change en vigueur au moment du sinistre. La solution respecte scrupuleusement les dispositions légales relatives au principe indemnitaire, qui sont d'ordre public. Aussi imparfaites soient ces dispositions dans la mesure où elles font dépendre le sort de l'assuré de la valeur de son bien à une date qui n'est pas nécessairement la meilleure, elles présentent l'avantage d'offrir un point de repère stable et d'éviter les errements procédant de fluctuations éventuelles avant ou après la réalisation du risque qui constitue l'acte de naissance aussi bien du droit de l'assuré à indemnisation que de l'obligation de l'assureur à garantie.

AUTEURS

Sabine BERTOLASO & Emmanuelle MENARD