



Plafond de garantie : deux rayons de soleil dans le brouillard

Dans deux décisions récentes, la Cour de cassation apporte d'utiles précisions relatives à la charge de la preuve du plafond de garantie (*Cass. 2^e civ., 10 juill. 2025, n° 23-17278 et 23-17587, NPB*) et, dans le cadre d'une police d'assurance de responsabilité souscrite en base réclamation, fait application de la règle du plafond de garantie unique pour l'ensemble de la période subséquente (*Cass. 2^e civ., 18 sept. 2025, n° 24-10165, PB*). S'agissant des conditions d'opposabilité et des modalités d'épuisement du plafond de garantie, les incertitudes persistent.

- Sur la charge de la preuve et l'opposabilité du plafond de garantie

Conformément aux dispositions de l'article 1353, alinéa 1, du Code civil selon lesquelles « *celui qui réclame l'exécution d'une obligation doit la prouver* », il incombe à l'assuré (*Cass. 3^e civ., 28 oct. 1975, n° 74-11752*) ou à la victime qui exerce une action directe contre l'assureur du responsable de ses préjudices (*Cass. 2^e civ., 14 oct. 2021, n° 19-25723*) de caractériser l'existence du contrat d'assurance. S'agissant de la preuve du contenu du contrat, la charge de la preuve pèse sur l'assuré (*Cass. 2^e civ., 15 févr. 2024, n° 22-13654*), alors que la victime en est dispensée dans la mesure où sa qualité de tiers ne lui permet pas d'avoir accès aux documents contractuels (*Cass. 1^{re} civ., 2 juill. 1991, n° 88-18486*). Une fois l'existence du contrat et de son contenu (en cas d'action exercée par l'assuré) établis, l'assureur est tenu de produire la police afin de démontrer que les conditions d'un refus ou d'une limitation de garantie sont réunies (*C. civ., art. 1353, al. 2. – Cass. 3^e civ., 9 nov. 2023, n° 22-11770*).

La décision du 10 juillet dernier emprunte cette voie jurisprudentielle dans des circonstances où la victime d'un accident de la circulation et ses proches ont obtenu condamnation du responsable au paiement de dommages et intérêts et de son assureur au versement d'une indemnité dans la limite du plafond de garantie dont il se prévalait. Un pourvoi est formé, dans lequel les demandeurs reprochent à la cour d'appel d'avoir diminué le montant de l'indemnité en tenant compte d'un plafond, alors même que l'assureur n'a produit, ni les conditions générales, ni les conditions particulières de la police. La Cour de cassation leur donne raison, en affirmant, au visa de l'article 1353 du Code civil, que « *la charge de la preuve du plafond de garantie incombe à l'assureur qui l'invoque* ».

Cette formule dépourvue d'ambiguïté coupe court à d'éventuelles interrogations intéressant la charge de la preuve. Mais faute d'avoir été saisie de la question, la Haute juridiction ne dit mot des conditions d'opposabilité d'un plafond dont l'existence et le montant seraient établis. Or à cet égard, la deuxième chambre civile a récemment rendu, le même jour, deux décisions à géométrie variable. L'une censure un arrêt pour avoir mis en

œuvre une clause de plafonnement dans des circonstances où l'assureur, en produisant une police non signée de l'assuré, « ne rapportait pas la preuve, lui incombant, que (l'assuré) avait eu connaissance avant l'accident dont il a été victime, du montant du plafond » (Cass. 2^e civ., 13 févr. 2025, n° 23-17739). L'autre suggère qu'une cour d'appel ne peut écarter l'application d'un plafond dont l'existence était ignorée de l'assuré, « sans rechercher quel était le périmètre contractuel de la garantie, laquelle délimitait le droit à indemnisation de l'assuré » (Cass. 2^e civ., 13 févr. 2025, n° 23-10039).

Dans ce contexte, on ne peut qu'espérer une rapide clarification levant le doute sur le principe en vertu duquel l'opposabilité d'un plafond, comme celle de toute clause limitative ou exclusive de garantie, est subordonnée au constat qu'il a été porté à la connaissance de l'assuré au moment de son adhésion à la police ou, tout au moins, antérieurement à la réalisation du sinistre.

- **Sur le plafond de garantie applicable pendant la période de garantie subséquente et son épuisement**

S'agissant des assurances de responsabilité souscrites en base réclamation, l'article R. 124-4, alinéa 1, du Code des assurances dispose que « le plafond applicable à la garantie déclenchée dans le délai subséquent (...) est unique pour l'ensemble de la période, sans préjudice des autres termes de la garantie ou de stipulations contractuelles plus favorables ».

Au visa de ce texte dont elle propose une application littérale, la Cour de cassation reproche à une cour d'appel d'avoir admis que « s'agissant d'un fait dommageable réalisé pendant le temps du contrat et dénoncé postérieurement, soit en l'espèce en 2016, la garantie de l'assureur est engagée pendant une durée de cinq ans après la date d'effet de la résiliation, soit en l'espèce le 1er janvier 2013, et que le plafond de garantie prévu au contrat s'applique à la période du sinistre, soit du 1er janvier au 31 décembre 2016 ». La décision du 18 septembre dernier mentionne que « sauf stipulations plus favorables du contrat d'assurance, le plafond de garantie en cause couvre l'ensemble des sinistres ayant donné lieu à une réclamation formée durant le délai subséquent, soit entre le 1er janvier 2013 et le 31 décembre 2017 ». Autrement dit, un plafond de garantie unique concerne tous les sinistres ayant donné lieu à des réclamations au cours du délai subséquent, dont la durée varie entre 5 (C. ass., art. L. 124-5, al. 5) et 10 ans (C. ass., art. R. 124-2) suivant la résiliation du contrat selon la nature de la profession ou de l'activité exercée par l'assuré. Chaque réclamation vient ainsi réduire le montant du plafond, à moins qu'une clause spécifique plus favorable permette sa reconstitution (par exemple sur le modèle d'un plafond applicable antérieurement à la résiliation du contrat, rechargé chaque année).

En l'absence de clause de reconstitution, le plafond s'épuise au fur et à mesure des paiements consécutifs aux réclamations et son montant risque de ne pas suffire à indemniser la totalité des victimes. En pareil cas, l'assureur doit-il attendre que toutes les victimes soient connues, avant de procéder à une répartition proportionnelle de l'indemnité plafonnée au *prorata* des créances ou convient-il de privilégier un épuisement progressif du plafond de garantie ? Cette question reste malheureusement en suspens.

Une répartition proportionnelle de l'indemnité plafonnée au *prorata* des créances imposerait d'attendre l'expiration du délai subséquent (5 ou 10 ans), afin de tenir compte de toutes les réclamations et de calculer la part revenant à chaque victime. Le risque de paralysie du règlement des sinistres s'impose d'évidence.

Dans le cadre des sinistres sériels où la question de l'épuisement du plafond se pose en raison des dispositions de l'article L. 124-1-1 du Code des assurances, un *modus operandi* tiré de l'ordre des paiements est souvent privilégié, plus (CA Versailles, 16 sept. 2024, n° 21/01786 : « un seul plafond de garantie va s'appliquer à l'ensemble des sinistres et le paiement des victimes se fera au prix de la course en cas de dépassement du plafond de garantie ») ou moins clairement (Cass. 2^e civ., 11 déc. 2014, n° 13-19262 et 13-26653, NPB). La logique du paiement au prix de la course s'entend d'un point de vue factuel, dès lors que seuls les paiements effectifs entament le plafond. Mais le mécanisme est imparfait. La victime qui acceptera rapidement une indemnisation, quitte à se contenter d'une indemnité inférieure à celle à laquelle elle aurait pu prétendre, sera privilégiée. Celle qui transigera aura plus de chance de bénéficier d'une indemnisation effective que celle qui se placera sur un terrain contentieux, nécessairement plus long. L'ordre des réclamations serait sans doute préférable, dans la mesure où il profiterait à la victime la plus diligente. Il appartiendrait alors à l'assureur de mettre en réserve les sommes correspondant à chaque demande, afin de justifier l'irrecevabilité des demandes ultérieures conduisant à un dépassement du plafond.

ACTUALITE JURISPRUDENTIELLE

Contrat d'assurance – Non-déclaration d'une circonstance nouvelle aggravante d'un risque – Nullité du contrat (non) : Cass. 2^e civ., 19 juin 2025, n° 23-18533, NPB

L'article L. 113-2 4° du Code des assurances dispose que l'assuré doit « déclarer, en cours de contrat, les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux et rendent de ce fait inexacts ou caduques les réponses faites à l'assureur », notamment dans le formulaire de déclaration du risque par lequel ce dernier l'interroge lors de la conclusion du contrat. En cas d'omission intentionnelle, la nullité du contrat s'impose lorsque le silence gardé par l'assuré a changé l'objet du risque ou en a diminué l'opinion pour l'assureur (C. ass., art. L. 113-8). Quelques semaines avant que soit rendu le présent arrêt, la Cour de cassation approuvait une juridiction du fond d'avoir prononcé la nullité d'un contrat d'assurance multirisques couvrant un véhicule à compter de la date à laquelle l'assurée avait eu connaissance de l'invalidation de son permis de conduire, cachée à l'assureur alors qu'elle avait été découverte à l'occasion d'un entretien avec des représentants des forces de l'ordre (Cass. 2^e civ., 3 avr. 2025, n° 23-18533, NPB : Lettre assurance IARD, n° 37). Cette nouvelle affaire concerne de nouveau un contrat d'assurance multirisques, mais cette fois souscrit par une société exploitant un fonds de commerce d'hôtellerie. Sollicité à la suite d'un vol, l'assureur refuse d'indemniser. La Cour d'appel lui donne raison en observant que « l'assurée a fait preuve de réticence en n'informant pas son assureur de sa cessation d'activité et que cette réticence a changé l'objet du risque ». Sa décision est censurée, la Haute juridiction reprochant aux juges du fond de ne pas avoir recherché « si, par cette déclaration inexacte, l'assurée avait eu l'intention de tromper l'assureur sur la nature du risque ». Deux poids, deux mesures ? Non, car s'agissant de la première affaire, la Cour de cassation était uniquement saisie de la question de savoir si le silence de l'assuré avait changé l'objet du risque couvert ou en avait diminué l'opinion pour l'assureur, tandis que dans la seconde, elle devait déterminer si l'arrêt frappé de pourvoi avait suffisamment établi l'intention délibérée de l'assurée de taire une circonstance nouvelle dont elle ne pouvait ignorer qu'elle modifiait l'appréciation du risque. Tel n'est pas le cas dans un contexte où l'assurée n'avait vraisemblablement pas mesuré l'importance du changement survenu. Il est vrai que le fait de ne plus exploiter un hôtel n'accroît pas d'évidence le risque vol...

Contrat d'assurance – Fausse déclaration non intentionnelle du risque – Conditions d'application de la réduction proportionnelle d'indemnité : Cass. 3^e civ., 10 juill. 2025, n° 23-20239, NPB

L'article L. 113-9 du Code des assurances dispose que lorsqu'elle est constatée postérieurement au sinistre, l'omission ou la déclaration inexacte du risque de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie conduit à réduire l'indemnité « en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés ». Conformément à la lettre du texte, la Cour de cassation écarte les réductions ou abattements forfaitaires (Cass. 1^{re} civ., 1^{er} déc. 1998, n° 96-21052) et considère que la preuve du montant de la réduction incombe à l'assureur qui s'en prévaut (Cass. 1^{re} civ., 6 juin 2000, n° 97-19241). Mais *quid* si une juridiction estime que les éléments produits par l'assureur « quant aux primes versées et à celles qui auraient été dues », ne lui permettent pas de calculer la réduction ? La Cour de cassation lui fait tout de même obligation de mettre en œuvre la règle proportionnelle dont elle a jugé l'application « fondée en son principe ». Autrement dit, le constat d'une déclaration inexacte non intentionnelle impose au juge de calculer la réduction selon les modalités prévues à l'article L. 113-9 du Code des assurances, malgré l'insuffisance des informations communiquées par l'assureur. La solution n'est pas nouvelle, la 2^e chambre civile ayant déjà admis qu'une cour d'appel ne pouvait débouter de sa demande de réduction d'une indemnité un assureur qui refusait pourtant de produire ses tarifs en dépit de demandes réitérées (Cass. 2^e civ., 12 sept. 2013, n° 12-26245). Elle procède des dispositions de l'article 4 du Code civil, d'où il ressort que le juge est tenu de trancher les litiges sous peine de déni de justice. Pour ce faire, il peut inviter les parties à fournir des pièces complémentaires, voire ordonner une expertise judiciaire. Rien de surprenant dans la mesure où par ailleurs, l'article 4 du Code civil explique la censure des décisions refusant d'évaluer un dommage (Cass. 2^e civ., 17 mars 1993, n° 91-17345, PB) ou une créance (Cass. 3^e civ., 9 mars 2023, n° 21-13646, PB) dont elles ont caractérisé l'existence.

Auteurs