



IAS

Unité 5

Assurances de biens et de responsabilité

TABLE DES MATIERES

IAS - UNITE 5 - ASSURANCES DE BIENS ET DE RESPONSABILITE

5. 1 L'appréciation et la sélection du risque	3
5. 1. 1 L'identification des besoins.	12
5. 1. 2 L'appréciation des risques encourus.	17
5. 1. 3 Les critères d'acceptation d'un risque	26
5. 1. 4 La prévention et la protection	47
5. 2 Les différents types de contrats	79
5. 2. 1 L'assurance automobile	80
5. 2. 2 Les multirisques standards	273
5. 2. 3 Les assurances de responsabilité civile	291
5. 2. 4 La protection juridique	305
5. 2. 5 L'assistance	
5. 3 Les assurances des risques d'entreprises	316
5. 3. 1 La responsabilité civile des mandataires sociaux	324
5. 3. 2 Les risques industriels.	342
5. 3. 3 La responsabilité civile professionnelle	
5. 3. 4 Les pertes d'exploitation	360

L'appréciation et la sélection du risque

• Qu'est-ce qu'un risque ?

Le risque peut être défini comme un événement aléatoire dont la réalisation ne dépend pas exclusivement de la volonté de l'assuré. Il constitue l'objet même du contrat d'assurance, dans la mesure où l'opération réalisée par celui-ci est caractérisée par la garantie du risque, beaucoup plus que par la prime ou par l'indemnité d'assurance.

En réalité, la pratique désigne par le vocable « risque » diverses notions : la nature de l'événement aléatoire, le siège de cet événement, et les conséquences de celui-ci. Le risque peut donc être décrit au moyen de plusieurs éléments.

• Quels sont les éléments constituant le risque ?

Si l'existence d'un événement dont la réalisation est incertaine est l'élément fondamental de l'assurance, encore les parties doivent-elles parvenir à définir celui qui sera au centre de leur contrat. Or, cette définition est particulièrement difficile à établir. La raison de cette difficulté tient très simplement au fait que l'on n'assure jamais un risque sans le délimiter. En d'autres termes, à l'instant de la souscription du contrat, il faut décrire un événement futur en tentant d'imaginer divers éléments :

- **la nature de l'événement** : explosion, cyclone, accident, maladie, responsabilité civile, vol, etc. ; et **ses caractères propres** : explosion consécutive à un incendie, tempête d'une certaine violence, accident de chasse ou de sport, maladie impliquant un traitement donné ou une hospitalisation, responsabilité contractuelle à l'occasion de tel chantier, vol commis de nuit... ;
- **le siège du risque** : s'il se réalise, l'événement peut atteindre soit le patrimoine d'une personne déterminée ou déterminable et, plus précisément, l'élément d'actif (assurances de choses) ou de passif patrimonial (assurances de responsabilité), soit la personne dont on considère l'intégrité physique ou la durée de vie ;

— **les conséquences de la réalisation de l'événement aléatoire sur le patrimoine ou la personne, siège du risque** : perte totale ou partielle du bien, dommages matériels ou immatériels, incapacité, décès...

La pratique retenue est plus ou moins complexe et fait appel à un plus ou moins grand nombre d'éléments afin de définir le risque contre lequel l'assuré cherche une garantie d'assurance. Celle-ci peut être fort large, couvrant par exemple toutes les conséquences (incapacité, invalidité, décès, chômage...) de toute maladie et de tout accident atteignant une personne, ou, à l'inverse, plus étroite car précisant qu'il s'agit de la dette de responsabilité, pour les seuls dommages matériels, de l'assuré envers tel cocontractant à l'occasion d'une opération industrielle nettement identifiée et devant se dérouler dans une période déterminée.

La pratique montre que cette œuvre d'imagination n'est jamais parfaite pour deux raisons essentielles : d'une part, la complexité de la prévision des faits eux-mêmes et, d'autre part, l'insécurité juridique qui résulte à la fois de l'évolution souvent très rapide de la législation (assurance, responsabilité civile, etc.) et des fluctuations de la jurisprudence (qualification des clauses de définition du risque, nature des responsabilités civiles, évaluation des dommages, etc. ; v. Insécurité juridique et Assurance, Colloque AIDA, 1996, RGDA 1998, p. 411).

- **Dans quel cas parler d'événement unique ou de risque composite ?**

On peut parler de risque constitué d'un événement unique quand l'événement incertain prévu par le contrat d'assurance peut se réaliser par la survenance d'un seul fait : un vol, un incendie, un décès.

En revanche, il y a risque composite quand plusieurs événements, plusieurs faits, doivent être réunis pour qu'il se réalise :

– **en assurance de responsabilité civile**, un fait, puis un dommage et une réclamation ;

- **en assurance crédit**, le non-paiement et l'écoulement d'un délai de carence ;
- **en assurance des catastrophes naturelles (garantie obligatoire)**, l'événement naturel et le dommage qui en est la conséquence ;
- **en assurance dite accident-maladie ou incapacité-invalidité-décès**, l'accident ou la maladie suivis de l'incapacité, de l'invalidité, du décès... Toutefois, la Cour de cassation paraît écarter la notion de risque composite en ce domaine. En présence d'un contrat d'assurance contre le risque d'accident, celui-ci s'étant produit avant la résiliation, mais l'invalidité après, elle a rejeté la demande de garantie formulée par l'assuré au motif que le risque garanti par le contrat était, non l'accident corporel et ses conséquences, mais l'invalidité permanente reconnue par la Sécurité sociale. Tout aussi récemment, la Cour de cassation a cependant considéré que la survenance de l'invalidité constitue une condition de la garantie. Et l'incertitude s'est accrue depuis que sur le fondement de l'article 7 de la loi no 89-1009 du 31 décembre 1989 (JO 2 janv. 1990), elle a décidé que le contrat qui doit prendre en charge les prestations d'incapacité ou d'invalidité est celui qui est en cours au moment de la maladie ou l'accident ;
- **en assurance dite loyers impayés** (assurance de choses), une clause courante stipule que la résiliation du contrat entraîne la cessation des indemnités dues à l'assuré au titre des loyers, mais que l'assureur continue à prendre en charge les frais de procédure en cours à cet instant. La Cour de cassation a décidé que l'obligation faite aux assurés de payer les primes avait pour contrepartie l'obligation faite à l'assureur d'indemniser les assurés des pertes locatives subies antérieurement à la résiliation du contrat. Elle a donc cassé l'arrêt qui avait transposé la jurisprudence de 1990 relative à l'assurance de responsabilité et affirmé que pour les sinistres déjà réalisés et déclarés, la clause aboutissait à priver l'assuré du bénéfice de l'assurance en raison d'une résiliation et à créer un avantage illicite, comme dépourvu de cause, au profit du seul assureur ayant perçu sans contrepartie les primes (Cass. 2e civ., 2 fevr. 2017, no 15-28.011, publié au Bulletin, RGDA 2017, p. 284, note critique Mayaux L. ; même solution par Cass. 2e civ., 2

févr. 2017, no 16-10.165, publié au Bulletin).

Cette notion de risque composite est au centre de divers problèmes particulièrement délicats : appréciation de l'aléa, période d'application de la garantie, constitution et déclaration du sinistre, etc.

- **Pourquoi le contrat d'assurance est dit « aléatoire » ?**

Aux termes de l'article 1964 du Code civil (abrogé depuis le 1er octobre 2016 par Ord. no 2016-131, 10 févr. 2016, JO 11 févr.), le contrat d'assurance est un contrat aléatoire. Le Code des assurances ne comprend pas de disposition qui affirme formellement ce caractère fondamental du contrat d'assurance. Toutefois, il édicte certaines règles qui s'en inspirent sans le moindre doute, telles que la prohibition de l'assurance de la faute intentionnelle (C. assur., art. L. 113-1) ou la nullité de l'assurance en cas de perte totale de la chose assurée au moment de la souscription du contrat (C. assur., art. L. 121-15).

Il convient cependant de rappeler que l'article 1964 du Code civil (abrogé depuis le 1er octobre 2016) datant de 1804, et que le dernier alinéa de ce texte précise que le contrat d'assurance et le prêt à la grosse aventure « sont régis par le droit maritime ». En d'autres termes, le contrat qualifié de contrat aléatoire par le Code civil est le contrat d'assurance maritime. Le législateur de l'époque n'a pas envisagé, sous cet aspect, les autres assurances qui n'ont pu se développer que postérieurement, notamment l'assurance sur la vie. Le fait que ce dernier alinéa de l'article 1964 du Code civil (abrogé depuis le 1er octobre 2016) ait été supprimé par la loi no 2009-526 du 12 mai 2009 (JO 13 mai) n'altère en rien la pertinence de l'observation. En conséquence, si l'on retient traditionnellement l'aléa au sens du Code civil pour caractériser le contrat d'assurance, il ne faut pas occulter les dispositions du Code des assurances qui définissent différemment certaines assurances, en particulier les assurances sur la vie pour lesquelles nulle mention n'est faite d'une chance de gain ou de perte.

Et de façon plus générale, on peut effectivement affirmer que le contrat d'assurance est cité par « l'article 1964 du Code civil » (abrogé depuis le 1er octobre 2016) parmi les contrats aléatoires. Toujours est-il que l'ordonnance du 10 février 2016 (Ord. no 2016-131, 10 févr. 2016, JO 11 févr.) portant réforme du droit des contrats, du régime général et de la preuve des obligations, a purement et simplement abrogé l'article 1964 du Code civil. Il n'en demeure pas moins que l'incertitude, à défaut de l'aléa, demeure au cœur du contrat d'assurance dans toutes les législations nationales relatives à l'assurance.

• L'aléa est-il un principe universel ?

Dans tous les pays, l'aléa est exigé pour la validité du contrat, mais l'incertitude peut porter sur des éléments qui diffèrent selon les droits nationaux : aléa événementiel toujours, aléa économique, rarement.

Le contrat d'assurance doit reposer sur un événement aléatoire, et l'incertitude qui en résulte doit à son tour disposer d'un effet consistant en une chance de perte ou de gain pour les parties contractantes, du moins pour les assurances envisagées lors de la rédaction des articles 1104 du Code civil (désormais C. civ., art. 1108) et 1964 du Code civil (abrogé depuis le 1er octobre 2016 par Ord. no 2016-131, 10 févr. 2016, JO 11 févr. ; v. supra, a). En réalité, la disposition relative à la chance de gain ou de perte est dépourvue de pertinence en ce qui a trait au contrat d'assurance.

Si l'événement considéré par les parties pour décider de conclure le contrat d'assurance doit être aléatoire, cela ne veut pas dire que l'engagement de l'assureur est intégralement et exclusivement lié à la réalisation de cet événement : dès la formation du contrat, l'assureur délivre une garantie qui dure aussi longtemps que le contrat, voire plus longtemps, indépendamment de la réalisation du risque (v. Groutel H., *Le contrat d'assurance, Connaissance du droit*, D. 1995, p. 5).

Enfin, notons que la Cour de cassation affirme que l'aléa constitue

l'essence même du contrat d'assurance (Cass. 1re civ., 15 janv. 1985, no 83-14.742, Bull. civ. I, no 20 ; Cass. 1re civ., 11 oct. 1994, no 93-11.295, Bull. civ. I, no 277), ou encore que le contrat d'assurance est « par nature aléatoire ».

- **Quelle différence entre risque et aléa ?**

Il importe de ne pas confondre le risque proprement dit et le caractère aléatoire du contrat d'assurance. Ces deux notions ne se superposent pas exactement.

Le risque est un événement, un fait, dont la survenance est incertaine.

Le caractère aléatoire du contrat d'assurance suppose évidemment qu'un tel fait soit envisagé au moment de la conclusion du contrat, mais à lui seul, cet élément ne permet pas de qualifier l'opération de contrat d'assurance au sens du Code civil (avant l'abrogation de l'article 1964 par Ord. no 2016-131, 10 févr. 2016, JO 11 févr.).

L'aléa réside aussi dans la conséquence de cet événement à l'égard du patrimoine d'une ou de chaque partie au contrat, mais l'exigence d'une chance de gain ou de perte résulte du Code civil dans sa rédaction de 1804, époque à laquelle l'assurance avait une physionomie très différente de celle que l'on trouve aujourd'hui.

Il est donc légitime de s'interroger sur l'opportunité du maintien de ce caractère légal, surtout en ce qui a trait aux assurances sur la vie, mais pas uniquement car, en contrepartie de la prime, se trouve un engagement de l'assureur, la couverture du risque, qui, à lui seul, dispose d'une valeur patrimoniale.

En premier lieu, l'incertitude porte sur la réalisation de l'événement – le risque proprement dit, quoique ce vocable revête plusieurs sens, notamment en fonction de la nature de l'assurance considérée (vie ou non-vie) –, le rôle du juge étant déterminant pour définir les contours de cet événement aléatoire et, en second lieu, selon la thèse classique mais certainement dépassée, l'incertitude porte sur la perte ou le gain qui en résultera, non seulement en montant mais aussi en termes de patrimoine qui en bénéficiera. Une fois ces éléments exposés, il sera possible de présenter les

particularités de l'aléa en matière d'assurance sur la vie, celle-ci se détachant des beaucoup plus classiques assurances non-vie.

- **Comment apprécier le risque ?**

La mise en place d'un processus de gestion des risques va permettre de mettre en évidence l'importance de développer la connaissance des risques. Cette « matière première » constitue l'assise sur laquelle s'appuieront ensuite la planification, l'organisation et la mise en œuvre de nombreuses actions et mesures destinées à réduire les risques et à répondre aux sinistres. Pour prendre des décisions appropriées permettant la réduction des risques, une collectivité ou une organisation doit apprécier correctement les risques auxquels elle est exposée. Une démarche structurée et rigoureuse jumelée à des paramètres techniques précis permettra de dégager les risques et les actions selon leur importance respective.

Cette démarche comporte trois étapes particulières consistant à identifier, à analyser et à évaluer les risques. Ainsi, l'appréciation des risques représente un processus global intégrant les étapes de l'identification, de l'analyse et de l'évaluation des risques.

- **Faut-il prendre en considération le cyber risque ?**

Le cyber risque est devenu la première menace des entreprises dans le monde, selon le baromètre Allianz.

Pourtant il est omniprésent.

Prenons un exemple :

Pour les dirigeants de Travelex, le premier réseau mondial de bureaux de change, le réveillon a dû être pénible. Le 31 décembre, des pirates ont injecté dans ses serveurs le virus informatique Sodinokibi et demandé une rançon ou menacé de publier des données privées de milliers de clients. Selon les médias, ils ont réclamé jusqu'à 6 millions de dollars. La société britannique dit avoir réussi à empêcher la propagation du virus, mais la révélation de

l'attaque a fait chuter son cours de près de 17 % le 8 janvier. Après l'attaque sur la banque américaine Capital One, qui s'est fait voler les données de 106 millions de clients l'été dernier, le cas Travelex illustre la montée des incidents cyber. Ceux-ci figurent pour la première fois en tête du baromètre annuel des risques qu'Allianz publie ce mardi (2700 experts du risque interrogés dans une centaine de pays). « Les incidents cyber et le changement climatique sont deux grands défis que les entreprises devront surveiller étroitement dans cette nouvelle décennie », annonce Joachim Müller, directeur général d'Allianz Global Corporate & Specialty (AGCS).

Mais alors que les risques cyber augmentent, les assureurs traînent des pieds. En France, Allianz constate ainsi une réduction des capacités disponibles par assureur et un début de hausse des primes. « C'est tout le paradoxe, regrette Léopold Larios de Piña, pilote de l'Observatoire des primes et assurances de l'AMRAE, l'Association pour le management des risques et des assurances de l'entreprise. Pendant dix ans, les assureurs ont voulu vendre des assurances cyber et au moment où les clients sont prêts à souscrire, ils commencent à voir les sinistres et excluent les risques à traiter. »

- **Est-ce un risque en augmentation ?**

En 2017, Saint-Gobain a ainsi perdu 220 millions d'euros de chiffre d'affaires après la cyberattaque NotPetya. L'industriel n'était pas assuré contre ce risque précis et a revu depuis sa politique. Mais ceux qui l'étaient ont aussi gardé un goût amer. Attaqué par le même « ransomware », le cabinet d'avocats américain DLA Piper a poursuivi son assureur, Hiscox, qui a refusé de payer le sinistre. Le géant de l'agroalimentaire Mondelez est lui aussi en litige avec son assureur, Zurich, qui refuse d'indemniser 100 millions de dollars de pertes et de dommages (se retranchant derrière le fait que l'attaque aurait été menée par un Etat, la Russie).

Or le risque ne cesse de croître. Selon IBM, une violation majeure

de données, portant sur plus d'un million d'enregistrements compromis, coûte en moyenne 42 millions de dollars, soit 8 % de plus que l'année précédente. Les assureurs sont en train de prendre conscience de la dimension systémique du risque cyber. En réalité, il s'agit vraiment d'un risque global, plus encore que le nucléaire car, dans le cyber, la catastrophe est partout.

- **S'agit-il d'un risque difficilement assurable ?**

Dans l'immédiat, certains risques ne sont pas couverts car difficiles à qualifier.

Par exemple : dans le cas d'une fraude sur paiement par carte dans l'avion, l'assureur pourrait le classer dans le risque aéronautique (si le paiement a lieu dans les airs) ou cyber (pour un paiement au sol), voire en responsabilité civile.

Ils mettent aussi l'accent sur la prévention. « L'assurance a un rôle vital à jouer pour aider les entreprises si toutes les autres mesures sont insuffisantes, mais ça ne doit pas remplacer la gestion stratégique du risque », insiste Marek Stanislawski, directeur mondial adjoint du risque cyber chez AGCS. De son côté, AXA XL va lancer avec Accenture un service de conseil aux entreprises sur la menace cyber.

L'identification des besoins

- **Dans quelle mesure l'identification des besoins est-elle importante ?**

L'identification des besoins du client est une démarche essentielle que doit accomplir tout représentant en assurance.

Si vous exercez dans le domaine de l'assurance, vous devez vous enquérir de la situation de votre client afin d'identifier ses besoins. Vous devez également le conseiller adéquatement, et ce, dans les matières relevant des disciplines dans lesquelles vous êtes autorisé à agir.

Si vous disposez d'un produit qui convient aux besoins de votre client, vous pouvez le lui offrir. Avant la conclusion d'un contrat d'assurance, vous devez lui décrire le produit que vous lui proposez en lien avec ses besoins, en lui expliquant la nature de la garantie offerte et les exclusions particulières.

Vous pouvez déléguer à une personne non certifiée la collecte de renseignements concernant le client. Vous devrez cependant vous assurer que cette collecte est faite de manière adéquate, puisque vous en demeurez responsable.

Bien que vous puissiez déléguer à une personne non certifiée la collecte de renseignement, vous ne pouvez pas déléguer à une telle personne votre obligation de conseil. En effet, le consommateur est en droit d'attendre à ce que ce soit un représentant certifié qui lui fournisse des conseils. L'Autorité considère notamment comme du « conseil en assurance » le fait de discuter avec un client en lien avec le choix de ses protections, de lui recommander un produit d'assurance ou de lui présenter les résultats d'une analyse de besoins.

- **L'appréciation des risques : l'exemple de l'assurance habitation**

L'assurance habitation est un contrat qui couvre plusieurs risques, liés directement ou non au logement de votre client. Pour assurer le mieux possible l'habitation et couvrir le plus de risques, l'assureur devra les évaluer précisément, parfois par le biais d'un questionnaire que vous devrez remplir.

- **Comment apprécier le risque dans le cadre d'un bien immobilier ?**

Plusieurs éléments vont être pris en compte par l'assureur pour apprécier les caractéristiques du bien immobilier à assurer.

Tout d'abord le type de bien

Les garanties d'un contrat d'assurance habitation dépendent de plusieurs critères, le type de bien à assurer en est un.

Vous devez donc pouvoir établir ce dont votre client aura besoin :
Une assurance habitation pour logements neufs ou récents,
Une assurance habitation pour un logement de fonction,
Une assurance habitation en construction,
Une assurance pour une location meublée ?

Ensuite, la surface du bien

C'est-à-dire le nombre de pièces et la surface du logement seront à prendre en compte dans l'appréciation des risques.

Dans un dernier temps, **l'usage du bien**. En effet, des biens immobiliers autres que la résidence principale peuvent faire l'objet d'une assurance habitation.

- **Est-ce que le profil du client doit être analysé ?**

La souscription d'un contrat d'assurance habitation n'est pas obligatoire pour tout le monde : la qualité du souscripteur, ses antécédents, ainsi que la composition du foyer à assurer doivent

être pris en compte par l'assureur.

La souscription d'une assurance habitation n'est obligatoire que pour le locataire et le copropriétaire. L'obligation d'assurance qui pèse sur le locataire se nomme « garantie des risques locatifs » et couvre sa responsabilité civile uniquement à l'égard du propriétaire. En revanche, pour le copropriétaire cette obligation est plus large ; qu'il soit occupant ou non, il devra garantir sa responsabilité civile pour l'ensemble des dommages qu'il cause aux tiers victimes. Bien que non obligatoire, elle reste fortement conseillée pour les autres profils.

- **Est-ce que les antécédents du souscripteur doivent être analysés ?**

Pour apprécier les risques, l'assureur doit demander, le plus souvent dans son questionnaire ou son formulaire de déclaration des risques, quels sont les antécédents en termes de couverture d'assurance et de sinistralité du client.

Par exemple, vous pouvez poser les questions suivantes :

- avez-vous déjà été assuré ?,
- votre contrat a-t-il été résilié, et si oui, quelles en sont les causes ?,
- quelle a été votre sinistralité au cours de cinq dernières années ? etc.

Ce type de questions vous permettra, en tant qu'assureur, de déterminer le niveau de couverture et/ou de prime de votre client.

- **Dois-je prendre en compte la composition du foyer ?**

Dans le questionnaire, vous devez demander au client de déclarer tous les membres habitants dans son logement, que ce soit de manière habituelle ou occasionnelle. Ainsi, pourront être assurés tous les membres de sa famille (concubin, conjoint, enfants, etc.).

les personnes qu'il héberge, mais également son aide à domicile par exemple.

- **Dans quelle mesure les risques vont influer sur le contrat d'assurance ?**

Poser des questions n'est que le fruit d'une démarche professionnelle de la part de l'assureur. Ainsi, cela permet d'évaluer adéquatement le risque à assurer. Grâce aux informations recueillies, un assureur peut comprendre les besoins et la situation du client. Pour déterminer s'il a les bons produits pour son client, il tient compte d'un ensemble de facteurs.

- **Quels sont les éléments tendant à augmenter ou diminuer la probabilité du sinistre ?**

Plusieurs éléments sont de nature à augmenter ou diminuer la probabilité d'un sinistre. Chaque assureur a ses normes de souscription et de tarification. Celles-ci sont notamment établies au moyen de différentes analyses et statistiques à sa disposition.

En voici des exemples éclairants :

La prime moyenne payée en assurance auto est plus chère dans les grandes villes. Pourquoi ? Ce n'est pas vraiment étonnant quand on sait que des statistiques sur le taux de vol automobile et le taux de sinistres démontrent que les risques sont plus élevés dans les grands centres. Il existe aussi des listes des modèles de véhicules les plus volés.

Le pointage de crédit est utilisé par les assureurs dans leur processus d'évaluation. Pourquoi ? Des études réalisées démontrent qu'une personne présentant une belle cote de crédit représente un risque moins élevé pour les assureurs. La cote de crédit a ainsi un lien direct avec le risque d'assurance ou la probabilité de réclamer pour un sinistre.

En assurance habitation, la situation géographique est un facteur important pour les assureurs. Selon le secteur ou le quartier, il y a des données disponibles sur le taux de criminalité (vol, vandalisme) et d'incendie, l'accès éloigné à des services de pompiers, les types de sols, etc. Un assureur peut ainsi choisir de ne pas couvrir un secteur ou un territoire, alors qu'un autre le fera. Par exemple, la présence d'ocre ferreuse, de pyrite ou de pyrrhotite rend un secteur difficile à assurer, car les dommages y sont prévisibles.

Les chiffres démontrent qu'un phénomène comme la distraction au volant provoque une augmentation des accidents et que la technologie a fait exploser les coûts de réparation des véhicules. La majorité des assureurs ont donc augmenté les primes d'assurance d'auto.

Ce dernier exemple illustre bien l'importance du juste équilibre à trouver pour les assureurs : pour qu'ils puissent continuer d'offrir des protections d'assurance à des prix intéressants, ils doivent garder ce juste équilibre entre les primes perçues et les indemnités versées lors de réclamations. Dans cet exercice rattaché au processus d'évaluation du risque, les assureurs se basent aussi sur les facteurs propres à chaque cas.

Mais au-delà de la gestion du risque individuel, l'assurance est aussi un partage du risque collectif, d'où les efforts pour lutter contre la fraude, le refus des risques suspects ou pour lesquels les dommages sont prévisibles et l'accent mis sur la prévention.

À la fin du processus, un assureur décide d'accepter ou de refuser un risque. S'il accepte, il doit aussi déterminer la prime.

L'appréciation des risques encourus

- **Quels sont les catégories de risques ?**

Il existe trois catégories de risques. **Le risque connu**, c'est-à-dire avéré et mesurable. **Le nouveau risque** qui n'a pas d'historique mais dont l'assurabilité est parfois rendue possible grâce à sa modélisation ou sa ressemblance avec d'autres risques avérés. Et enfin **le risque de développement**. Par essence même, ce dernier est indécelable avant sa survenance. Le risque de développement comprend une sous-catégorie de risques tout à la fois répertoriés mais méconnus : *les risques émergents*.

- **Comment anticiper les nouveaux risques ?**

De manière générale, le risque mute comme un virus. Son cheminement naturel est le suivant : d'abord inconnu, puis émergent, puis nouveau risque enfin risque connu. Ainsi en est-il par exemple du risque nucléaire. Après les catastrophes de Tchernobyl (d'un coût estimé à 700 Md\$) et de Fukushima (d'un coût à ce jour de 87 Md€), un tel risque quitte la catégorie des risques émergents pour intégrer celle des nouveaux risques. Ainsi en est-il aussi du terrorisme, nouveau risque dont il est difficile, par-delà les souffrances humaines qu'il inflige, d'en déterminer un coût global.

En revanche, on ne sait rien d'un risque émergent. Ni sa dangerosité, ni ses conséquences, ni sa fréquence de survenance. Il est subodoré, étudié, mais, du fait de son incertitude scientifique, il n'a ni historique, ni modélisation. Il est de ce fait inassurable. Anticiper le risque émergent est ainsi l'un des plus grands défis que les pouvoirs publics et les assureurs vont devoir relever. Ils réfléchissent d'ores et déjà, aux moyens et aux règles propres à son indemnisation.

Certains risques émergents ont été identifiés et classifiés selon leur intensité présumée, leur délai de réalisation et les domaines sur

lesquels ils auraient une influence. On y retrouve par exemple des risques liés aux usages du numérique, à la santé, aux nouveaux modes de consommation, à la pollution, au changement climatique...

- **Exemple concret d'une mutation d'un risque**

Le Distilbène est un œstrogène de synthèse conçu en 1950, administré dès cette époque aux femmes enceintes afin de leur épargner des fausses couches. En 1971, le risque prend d'abord un tour émergent. Un médecin américain soupçonne en effet un lien entre l'adénocarcinome à cellule claire dont souffre sept de ces jeunes patientes et le traitement au Distilbène administré à leur mère, pendant leur grossesse 20 ans plus tôt. En 1975, le doute n'est plus permis et, d'émergent, le risque devient nouveau sans que l'on puisse encore le mesurer précisément. De nombreuses jeunes femmes « enfants du Distilbène » présentent des anomalies. On pense alors être parvenu au bout du processus et l'on commence à en mesurer le coût.

Mais voilà que le risque échappe à nouveau à tout contrôle quand, dans les années 2010, plusieurs des petits enfants des femmes traitées près de 60 ans plus tôt présentent à leur tour de graves problèmes de santé auxquels le Distilbène ne serait pas étranger. Jusqu'à quelle génération le risque perdurera-t-il ainsi ? Le risque nous échappe de nouveau.

- **Quels sont les caractéristiques des risques émergents ?**

Ils manifestent un haut degré d'incertitude sur la nature des effets redoutés ainsi que la relation entre le niveau de danger et ses conséquences.

Il s'avère impossible ou très aléatoire de parvenir à déterminer leur fréquence.

La communication autour de ces risques est difficile du fait de leur incertitude. L'absence d'information conduit au fantasme, à la

controverse, à la suspicion.

Ces risques présentent le plus souvent un caractère mondial (nanotechnologie, OGM...) ou sériel (sanitaire).

Il existe ou il peut exister une forte incertitude sur la nature des biens ou des cibles à traiter.

- **Comment l'entreprise a adapté sa stratégie pour s'adapter aux nouveaux risques ?**

C'est un truisme de dire que l'évolution de l'environnement actuel, fait de luttes concurrentielles aiguisées par des technologies nouvelles, impose à l'entreprise d'être en possession de tous ses moyens à tout moment sur un marché. Elle est exposée depuis de nombreuses années à des risques qui peuvent entraîner sa défaillance partielle ou totale. Au-delà des périls classiques bien connus comme l'incendie ou l'inondation, des nouveaux risques sont apparus liés à la mondialisation de la production industrielle et des services et à l'omniprésence de l'informatique au cœur de l'entreprise : une défaillance d'un maillon de la supply chain peut mettre en péril les chaînes d'approvisionnement et une attaque informatique bloque l'exploitation de l'entreprise dans son ensemble. L'approche classique, passive et apparemment protectrice, qui consistait à transférer systématiquement à l'assureur les risques jugés insupportables (dans la pratique, en l'absence d'une réflexion sur la nature des risques, tout devait être idéalement transféré), n'est pas satisfaisante et est une solution imparfaite : pas d'analyse des capacités de rétention de l'entreprise, étude sommaire du cout/efficacité des protections, de nombreux risques peuvent rester inassurables. Et peut-on en effet se contenter d'un remboursement de sinistre si élevé soit-il, alors que la survenance même de l'événement a signifié la disparition de l'entreprise d'un marché ?

L'émergence de la fonction gestion des risques au sein de l'entreprise, souvent concrétisée par la présence d'un Directeur des risques ou Risk Manager, est une réponse aux défis lancés par l'évolution du monde économique. S'il ne peut être question, dans

le cadre de ce chapitre, de décrire la fonction de gestion de risques, il nous paraît important d'en évoquer les principes directeurs tant il est vrai que la stratégie adoptée par l'entreprise à l'égard des risques va immédiatement : déterminer le niveau de transfert à l'assurance et, partant, la capacité que cette dernière doit réunir ; induire l'importance du chiffre d'affaires que le marché de l'assurance peut en attendre ; dynamiser une politique de prévention et de protection qui pèsera sur les approches tarifaires de l'assureur.

La fonction Risk Management appréhende les risques de manière globale et exhaustive, sans distinction entre les risques dynamiques ou spéculatifs (connus sous le vocable Risque d'Entreprise) qui correspondent à ceux encourus normalement par tout entrepreneur dans le cadre de la marche de l'entreprise et les risques statiques ou aléatoires relevant donc essentiellement de l'accidentel. Par ailleurs, la réponse de l'assurance a considérablement évoluée, la frontière entre l'assurable et le non-assurable devenant de plus en plus floue. Certains risques, par exemple, inassurables au premier euro parce que de survenance certaine ou mal appréciés par les assureurs, deviennent parfaitement transférables à l'assureur au-delà d'un certain niveau de franchise.

- **Existe-t-il donc une démarche globale de gestion des risques ?**

Force est de constater qu'une démarche de gestion de risques dans l'entreprise dans nombre de domaines et, par exemple, l'incendie, l'explosion, etc., devrait aller dans le sens de l'assureur ou se faire en parfaite cohésion avec lui, puisque les décisions de réduction et de transfert vont lui bénéficier directement. Une approche vertueuse serait de l'impliquer systématiquement afin de bénéficier de son savoir-faire et de ses conseils, de sa capacité à donner du benchmark et estimer la potentielle réduction de prime (retour sur investissement). Ce n'est malheureusement pas toujours le cas et, même si les choses évoluent dans le bon sens, l'assureur n'est souvent consulté qu'en phase finale et nombre de décisions,

notamment en prévention/protection, auront été prises sans qu'il soit réellement et efficacement consulté. La réduction de prime devient incertaine, et des nouvelles mesures d'accompagnement pourraient être demandées ou exigées en complément ou en remplacement de ce qui a déjà été réalisé. De là découle souvent une méfiance du monde industriel à l'égard du marché de l'assurance, ce sentiment, il faut le souligner, ayant été encouragé et amplifié par le sévère contexte concurrentiel « Soft market » des périodes 1975-1980, 1988-1992 et 1995-1998 donnant le sentiment d'une décorrélation entre la qualité du risque et sa traduction tarifaire.

Le « retour de balancier » intervenu en 2001, amplifié par les événements du World Trade Center à New York (11 sept. 2001), a considérablement revu à la hausse les conditions tarifaires (de 100 % en moyenne). Cette attitude du marché de l'assurance et de la réassurance a de nouveau été très mal perçue par les entreprises. Et ce, d'autant plus que de 2004 à 2018, ce marché s'est révélé « baissier », revenant ainsi sous les niveaux de 2001. Le redressement sévère du marché entamé en 2019 et les sujets de discussion sur la couverture des Pertes d'Exploitation « Covid » n'auront pas apporté d'améliorations notables à la compréhension des mécanismes de l'assurance, particulièrement pour le monde des PME.

- **Quelles sont les différentes phases d'un programme de gestion des risques ?**

Rappelons succinctement les phases principales d'un programme de gestion des risques et des vulnérabilités

Phase 1 : Recherche – Identification des vulnérabilités

C'est un diagnostic complet : il s'agit de recenser l'ensemble des vulnérabilités qui peuvent impacter la marche de l'entreprise. Cette dernière doit être prise en compte dans son écosystème, c'est-à-dire qu'il faut étudier tant les risques endogènes liés à l'exploitation elle-même que les risques exogènes tels les clients, les

fournisseurs, la sous-traitance, la supply-chain, l'environnement économique, financier, politique et sanitaire, et ce avec leurs conséquences financières directes et indirectes, immédiates ou différées. On peut définir la vulnérabilité comme la superposition de points dangereux (éléments ou situations capables d'engendrer un événement entraînant des perturbations graves) et de points névralgiques (éléments de l'entreprise dont la défaillance aurait des répercussions critiques sur la marche de celle-ci). Attention à ne pas négliger le fameux « Cygne noir », cet événement imprévisible qui a une faible probabilité de survenance mais qui a des conséquences d'une ampleur exceptionnelle – les mathématiciens connaissent la problématique de la multiplication d'un facteur tendant vers 0 par un facteur tendant vers l'infini. (Taleb N.N., *The Black Swan : The impact of the highly improbable*, 2007). La qualité de réalisation de cette phase clé conditionne l'ensemble du processus.

Phase 2 : Valorisation

L'évaluation-quantification des conséquences des risques identifiés en phase 1 va permettre d'effectuer les pesées nécessaires pour une prise de décision. L'évaluation du coût d'un événement fait appel à deux notions fondamentales :

- la fréquence (f) : le nombre d'événements ou de sinistres de même nature pendant une période déterminée (période de retour) ;
- la gravité (g) : le coût des dommages directs ou consécutifs (pertes financières, etc.).

On peut déterminer les paramètres ci-dessus en s'appuyant sur des éléments actuariels pour lesquels les assureurs possèdent de sérieuses bases de données, ainsi que sur une approche plus probabiliste et subjective. Le montant de la perte prévisible sera donné par la relation : **Perte = (f) × (g)**.

Une présentation graphique des vulnérabilités est en général très appréciée, car sous l'apparence d'un exercice de style, elle permet de sensibiliser facilement des interlocuteurs néophytes ou qui n'ont qu'un temps limité à consacrer (top management).

Phase 3 : Élimination – Réduction – Financement – Transfert

Après avoir éliminé les quelques risques identifiés qui peuvent l'être (en ne faisant plus ou en faisant faire par d'autres), il convient d'évoquer la réduction de chacun de ces risques en agissant soit sur sa fréquence, soit sur son coût, ou sur les deux éléments à la fois. Cette approche prévention (agir sur la fréquence) – protection (agir sur la gravité) doit être conduite dans son sens le plus large : il s'agit aussi bien de prévoir une installation lourde d'extinction automatique que le rééquilibrage de parts de marché, sans oublier le doublement des filières de sous-traitance ou la duplication et la dispersion de média informatiques, etc. Le rapprochement entre les risques résiduels (irréductibles) et la capacité de financement de l'entreprise permettra de déterminer le niveau de transfert au marché de l'assurance.

La conclusion des trois phases énoncées ci-dessus devant permettre de déterminer :

- le poids des risques que l'entreprise a décidé de garder à sa charge ;
- la part qui, en dépit d'un transfert à l'assureur, va rester à sa charge (exemple : les franchises ou les événements non garantis) ;
- les risques transférés à l'assureur.

Il faut compter également avec les fameux « rhinocéros gris », concept développé par l'économiste américaine Michele Wucker. A l'inverse du cygne noir, il s'agit d'événements hautement probables. Ils sont jugés à impact important, mais pourtant négligés pour différentes raisons : refus de croire que cela puisse réellement arriver, politique de l'autruche, incrédulité.

Phase 4 : Audit des actions

Cette phase est souvent négligée voire oubliée alors qu'il est essentiel de mesurer l'efficacité des actions de la phase 3. Mobilis in Mobili : cette dernière action est la transition vers une nouvelle phase 1 car la gestion des risques est un processus itératif en cycle continu : l'environnement change, les paramètres sont modifiés, des risques ont été traités mais au prix de l'apparition d'autre non anticipés.

- **Quelques actualités dans le domaine de l'assurance et de la gestion des nouveaux risques**

Dernièrement les parlementaires français se sont réunis en table ronde afin de faire le point sur les nouveaux risques émergents. Il s'agissait alors de mieux cerner les nouveaux défis auxquels doit faire face la profession.

Les nouveaux risques sont de diverses natures : risques technologiques, risques psycho-sociaux, risques de dépendance, risques environnementaux pour ne citer qu'eux. Le domaine de l'assurance doit donc réinventer la protection et la prévention. Les entreprises doivent aussi être intégrées à ces démarches de prévention. La Commission européenne a lancé des « dialogues » sur ces risques et sur leurs évaluations. Il s'agit d'encourager des meilleures pratiques d'évaluation des risques dans un cadre de coopération européenne.

Pour rappel, le risque est le fait générateur de richesses économiques. L'entrepreneur crée de la richesse en prenant un risque. Ce risque d'entreprise n'est pas assurable. C'est le fondement de l'économie. Dans le domaine financier aussi, c'est le risque qui fait la valeur d'un placement. Aucun placement ne peut être sûr et rémunérateur en même temps.

- **Qu'est-il ressorti de cette table ronde ?**

L'assurance est un outil moderne et efficace. D'une part, elle complète le rôle de l'État. Par exemple, la mutuelle complète le régime d'assurance santé obligatoire. Autre exemple, le Fonds de Garantie Automobile, créé en 1951, indemnise les victimes d'accidents de voiture pour lesquels aucun responsable ne peut être identifié. D'autre part, l'assurance a réussi à faire face à tous les sinistres survenus, y compris le 11 septembre 2001, l'ouragan Katrina ou plus récemment Fukushima.

L'assurance régule les comportements des assurés en « frappant au portefeuille ». Par exemple, un automobiliste qui conduit bien voit sa prime d'assurance baisser. Autre exemple, les entreprises

qui ont trop d'accidents du travail payent une cotisation plus élevée. Enfin l'assurance a su créer de nouveaux produits pour faire face aux nouveaux défis. Un exemple : la France dispose du meilleur système d'assurance privé pour la dépendance avec déjà 1,7 million de personnes assurées.

- **Quelles sont les limites de l'assurance dans l'appréciation des risques nouveaux ?**

Il existe un certain nombre de limites de l'assurance dans sa capacité d'appréciation des risques nouveaux.

Pour évaluer un risque, l'assurance utilise trois méthodes : l'actuariat qui regarde le passé pour anticiper statistiquement l'avenir, l'assimilation c'est-à-dire l'appréciation d'un nouveau risque comme un autre risque qui lui ressemble et la modélisation mathématique à partir de données scientifiques fournies par des experts.

Les risques émergents sont des risques pour lesquels aucun consensus scientifique n'a été trouvé. Les experts ne peuvent fournir de chiffres utiles à la modélisation. Exemples : les OGM, les antennes téléphone, etc. Ces risques ne peuvent être appréciés, donc ne sont pas assurables. Pour faire face à ces nouveaux aléas, les compagnies d'assurance ont plusieurs possibilités : investir dans la recherche, trouver de nouvelles solutions de transfert de risques comme le partenariat et développer la prévention.

Les critères d'acceptation d'un risque

- **Quels sont les principes actuariels ?**

Dans cette partie nous verrons que l'évaluation du risque réside aujourd'hui essentiellement sur les principes d'actuariat et de partage du risque, qui permettent de mettre en place un système de mutualisation des risques.

La principale caractéristique qui différencie le fonctionnement de l'assurance d'une autre activité économique est l'inversion du cycle de production. Contrairement à la situation classique où le producteur d'un bien connaît le coût de production et peut en conséquence mettre aisément en place un prix de vente pour son bien en adéquation, l'assureur demande une prime d'assurance à l'assuré sans connaître la date de réalisation ni le montant réel des sinistres que l'assuré est susceptible de subir.

Afin d'évaluer les proportions de réalisations des risques, les assureurs font appel aux actuaires. Historiquement, les études actuarielles sont apparues dès que s'est posé le problème d'organisation et de financement d'un système d'assurance. Ce sont les actuaires qui vont évaluer les risques et leurs coûts, fixer les tarifs et surtout, surveiller les réserves financières. Ils vont alors constituer des provisions techniques afin de s'assurer que la société d'assurance soit en mesure de faire face à ses engagements vis-à-vis de ses assurés.

L'actuariat s'appuie sur des modèles mathématiques (probabilités et statistiques) permettant de gérer au mieux l'évolution incertaine de l'environnement. Ils vont ainsi mettre en place des outils mathématiques sophistiqués afin d'évaluer le montant de la prime à demander à l'assuré, pour le protéger du risque et éviter les pertes pour l'assureur. Afin de cerner le risque, les assureurs cherchent à les objectiver, à les probabiliser. L'application de ces outils permet d'établir une meilleure anticipation des risques assurés.

Certains des modèles sont très simples, consistant en la mise en place d'une seule formule mathématique. D'autres modèles, tels

ceux utilisés pour tester la capacité d'un assureur à affronter une série de scénarios défavorables, peuvent être extrêmement complexes.

- **Sur quoi se base les calculs actuariels ?**

Les calculs actuariels se basent essentiellement sur la loi des grands nombres. Cette loi indique que, lorsque l'on fait un tirage aléatoire dans une série de grande taille, plus on augmente la taille de l'échantillon, plus les caractéristiques statistiques du tirage tendent à se rapprocher de la moyenne attendue.

En termes d'assurance, cela veut dire que plus la mutualité est importante plus cette dernière sera en capacité de fournir une évaluation du risque "performante".

Par exemple le risque de survenance d'un bris de glace était de 8 chances sur 100 en 2016 (Source FFA), mais cette occurrence peut se voir fausser sur un faible échantillon d'assurés notamment en cas de mauvaise dispersion du risque par l'assureur.

Cependant la loi des grands nombres montre que si on répète l'expérience avec un échantillon beaucoup plus important, la survenance d'un bris de glace subi par un individu se rapprochera automatiquement de la fréquence attendue, à savoir une occurrence de 8 chances sur 100. Les prévisions des actuaires s'appuient donc en partie sur la loi des grands nombres qui rendent leurs probabilités efficientes sur un échantillon important.

Cette prévisibilité globale permet aux assureurs de prendre des risques qui sont imprévisibles au niveau individuel et d'en étaler les conséquences financières sur un grand nombre d'assurés à travers les primes perçues : c'est ce que l'on appelle la mutualisation des risques.

- **Comment calculer l'indemnité potentielle ?**

Toujours dans une logique d'appréhension du risque, les actuaires sont amenés à calculer pour chaque risque, l'indemnité potentielle

que devrait verser l'assureur en cas de sinistre.

Ces calculs mis en place par les actuaires notamment pour les risques importants (risques industriels) ont pour but de déterminer le montant global que peuvent atteindre les dommages de toute nature d'un évènement accidentel.

SRE : Sinistre (potentiel) Raisonnably Escomptable

C'est la perte susceptible de se produire dans les conditions normales d'activité, quelle que soit l'origine du sinistre. Dans cette hypothèse, on admet que tous les moyens de protection et de prévention sont opérationnels et que les meilleures conditions sont réunies pour combattre le sinistre.

SMP : Sinistre Maximum Possible

Scénario catastrophe. C'est le sinistre qui peut survenir lorsque, les circonstances les plus défavorables se trouvent exceptionnellement réunies. Pour cela les actuaires intègrent tous les capitaux garantis par leurs contrats en évaluant l'indemnité maximale qui peut être mis à la charge de l'assureur.

Ces deux références vont permettre à l'actuaire de quantifier la survenance de l'aléa.

Les actuaires se doivent également de contrôler la gestion des fonds considérables recueillis par les entreprises d'assurances.

• L'assureur doit-il recourir à un partage du risque ?

Les statistiques utilisées par les actuaires s'appuient sur les données du passé. Des séries noires (tempêtes, inondations...) peuvent venir mettre à mal les prévisions des actuaires. Cette variation du risque est une donnée primordiale à prendre en compte pour l'assureur car son bilan en dépend fortement.

L'assureur se doit donc de se protéger de cette variation du risque en instaurant des mécanismes de partage du risque telle que la réassurance ou la coassurance.

La réassurance est l'assurance des sociétés d'assurance. Parfois

appelée assurance secondaire, il est important de préciser qu'elle ne peut exister sans l'étape préliminaire du transfert de risque que représente l'assurance primaire. Il s'agit ainsi pour la société d'assurance (la cédante) de céder à une société spécialisée (le réassureur) un risque aléatoire contre le paiement d'une prime de réassurance correspondant au risque transféré.

En se réassurant, la cédante dispose alors d'une plus grande capacité et sureté financière ce qui lui permet d'élargir ses possibilités de souscription, ce qu'elle n'aurait pu faire si elle s'était appuyée uniquement sur ses seuls fonds propres.

Pour la compagnie d'assurance, la réassurance est donc l'un des moyens permettant :

- de protéger ses fonds propres et sa marge de solvabilité ;
- de réduire l'exposition des risques souscrits ;
- de les répartir selon différentes techniques.

On distingue plusieurs branches et sous-branches en réassurance. Elle se décline en trois grands modes de réassurance (obligatoire, facultative et facultative-obligatoire) qui peuvent eux-mêmes s'adapter aux risques de chaque contrat (excédent de sinistre, excédent de pleins, excédents de perte, quote-part).

Les réassureurs couvrent en général des risques avec des garanties très importantes. Ils éprouvent donc le besoin d'atomiser (division du risque) leurs risques encore plus que les assureurs.

En plus de concourir à la bonne répartition des risques, la société de réassurance intervient discrètement : la cession en réassurance est juridiquement transparente pour l'assuré.

Un autre mécanisme important à prendre en compte est le principe de coassurance qui va également permettre à l'assureur de partager le risque. En effet le système de coassurance repose sur la participation de plusieurs assureurs ou réassureurs au même risque. Elle permet notamment au même titre que la réassurance de ne pas mettre en péril la solvabilité de l'assureur ou l'équilibre technique d'une branche.

• Zoom sur la directive Solvabilité II

Une société d'assurance doit être capable de faire face à ses engagements vis-à-vis de ses assurés. Ceci dépend tant de ses fonds propres que des divers actifs détenus. C'est dans ce cadre qu'a été mis en place la directive de 2009 Solvabilité II, qui impose désormais aux assureurs et réassureurs d'adapter le niveau de leurs capitaux propres aux risques inhérents à leurs activités. Solvabilité II poursuit des objectifs ambitieux qui, pour certains, existaient déjà dans Solvabilité I, mais dont le but a été de les renforcer. Parmi ces objectifs on peut citer :

- la prise en compte des risques inhérents à l'assureur ;
- le renforcement des exigences en matière de gouvernance pour s'assurer que les entreprises d'assurance organisent bien leur gestion des risques ;
- des exigences de fonds propres plus élevés et proportionnés (sauf si accord avec exigences) au risque des actifs et passifs détenus par les sociétés d'assurance ;
- une amélioration de la protection des assurés et de leurs ayants droit.

A ces garanties minimales, les sociétés d'assurance doivent ajouter plusieurs réserves obligatoires permettant par exemple de couvrir un évènement d'envergure imprévu.

Solvabilité II insiste notamment sur le principe de Capital de Solvabilité Requis (ou SCR Solvency Capital Required) qui correspond au capital économique dont a besoin une entreprise d'assurance ou de réassurance pour limiter la probabilité de ruine. Son taux de couverture, (rapport entre les fonds propres éligibles et le capital de solvabilité) doit donc être supérieur à 100 %, ce qui, ici encore, peut être problématique pour les sociétés d'assurance.

Le SCR reflète le profil de risque réel de l'entreprise, compte tenu de tous les risques quantifiables, ainsi que l'incidence nette des techniques d'atténuation des risques.

Toutes les pertes potentielles sur les 12 mois à venir, y compris celles qui découleraient d'une réévaluation défavorable des actifs et

passifs, doivent être évaluées engendrant une gestion importante pour les actuaires.

En effet ce dernier doit être :

- calculé au moins une fois par an ;
- contrôlé en continu ;
- recalculé dès que le profil de risque varie sensiblement.

Solvabilité II impose également un montant minimal de capitaux (Minimum Capital Requirement ou MCR) en-dessous duquel la société d'assurance est considérée comme non viable : pour éviter de perdre leur agrément, l'ensemble des assureurs se doivent donc de maintenir en permanence leur taux de couverture du MCR au-dessus de 100%, c'est-à-dire que leurs fonds propres doivent constituer un montant supérieur au niveau de leur MCR.

L'insolvabilité d'une entreprise d'assurance est donc un risque majeur que les autorités tentent de contrôler de plus en plus. Les sociétés d'assurance doivent donc trouver de nouveaux moyens efficents afin de répondre à cette demande toujours plus croissante et stricte de la part des autorités.

• Que faire en cas variabilité importante du risque ?

Une autre problématique importante relative aux règles de souscription actuelle est que l'assurance est extrêmement dépendante des données connues par l'assureur d'une part et l'assuré d'autre part sur le risque couvert par un contrat. Des modifications d'informations sont régulièrement constatées et remettent ainsi en cause les prévisions des actuaires.

Comme nous l'avons vu précédemment, l'actuaire tarifie le risque tel qu'il est déclaré par le souscripteur. Or, le contrat d'assurance peut être un contrat à risques successifs. Sa durée dans le temps exige une certaine souplesse, car le risque peut évoluer et, ainsi, modifier l'approche du risque qui en découle.

Le Code des Assurances prévoit donc les modalités de modification des polices d'assurances à son article L 113-2, alinéa 3, « imposition à l'assuré de déclarer, en cours de contrat, les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence soit d'aggraver

les risques, soit d'en créer de nouveaux et, de ce fait, de rendre inexactes ou caduques les réponses faites à l'assureur dans le questionnaire initial ». La difficulté pour les assureurs est que les actuaires se basent sur la seule bonne foi de la déclaration de l'assuré qui permettra, comme vu préalablement, à l'actuaire de classer le risque dans les catégories qu'il répertorie.

Le risque à la date de conclusion du contrat peut alors être mal évalué par l'assuré ou bien encore évoluer avec le temps modifiant le risque et rendant ainsi les prédictions des actuaires caduques.

En effet certaines circonstances évoluant en cours de contrat peuvent devenir aggravantes : elles augmentent soit la probabilité soit l'intensité du risque.

- Celles augmentant la probabilité du risque sont les plus fréquentes. Par exemple, on utilise de temps en temps la voiture pour partir en week-end. Mais l'activité professionnelle nous conduit à l'utiliser tous les jours. Le risque d'accident est augmenté.
- Celles augmentant l'intensité du risque : elles produisent une augmentation de l'importance des sinistres éventuels, de leur poids financier pour l'assureur. Par exemple, une assurance Multirisque professionnel qui n'englobe pas la totalité de l'activité de l'assuré. C'est une circonstance qui, si elle avait été connue à posteriori par l'actuaire, aurait conduit soit à refuser de prendre en charge le risque, soit à exiger le paiement d'une prime plus élevée.

Les circonstances qui doivent être déclarées sont aussi bien celles qui aggravent temporairement le risque que celles qui le diminuent. Mais, dès que l'aggravation disparaît, le souscripteur recouvre le droit à la garantie primitive et cette notion d'ajustabilité est encore complexe à mettre en place dans les sociétés d'assurance, du fait de la gestion importante qu'elle génère.

En effet l'assureur devrait restituer la fraction de prime correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru. Cette règle, dite de divisibilité de la prime, n'est pas posée expressément en principe par le code des assurances et n'est pas

appliquée par les sociétés d'assurance, rendant le risque non conforme à la réalité.

- **Quel est l'impact des nouveaux risques ?**

Nous en avons parlé, les risques sont évolutifs, ils changent en fonction du développement technologique et de l'organisation de la société, tandis que les assurances devront suivre cette évolution. Les techniques actuelles d'évaluation du risque se retrouvent confrontées à l'émergence de nouveaux risques qui remettent en cause les estimations et interprétations des assureurs.

Les nouveaux risques appelés aussi « risques hypothétiques » représentent un ensemble de risques qui atteignent parfois les limites de l'assurabilité à cause de la difficulté d'évaluer leurs conséquences éventuelles.

En effet les assureurs anticipent ces risques malgré la complexité que représente l'absence d'historique, de recul et donc de statistiques sur lesquelles s'appuyer. Les assureurs peuvent alors être amenés à limiter l'assurabilité de ces nouveaux risques du fait de la difficulté à évaluer l'ensemble des conséquences éventuelles de ces risques.

On peut parler de nouveaux risques pour les risques cybers, la dématérialisation des échanges, les nouveaux risques en assurance de personnes ou encore la multiplication des risques à grande échelle que sont les catastrophes climatiques et les risques technologiques. Ces risques sont difficiles à cerner car ce sont de nouveaux risques pour lesquels l'historique et les données du passé sont relativement faibles et les assureurs agissent alors plus par interprétation que par estimation.

Ces risques sont difficiles à prévoir, très évolutifs et leur impact financier est souvent d'une ampleur importante.

Ces différents risques ne sont pas encore très fréquents, mais ils sont susceptibles de se produire à n'importe quel moment et de provoquer de gros dégâts. Il s'agit de risques qui, s'ils se réalisent, peuvent mettre en danger la capacité financière des assurances à indemniser les dommages. L'effet domino est alors particulièrement redouté car les montants toujours plus élevés des indemnisations

mettent en péril la capacité financière des assureurs.

De plus, leur impact financier ne peut pas être quantifié de manière précise, les techniques actuarielles de gestion des risques étant difficilement applicables.

Par ailleurs, les données fournies par les différents experts sont très évolutives et leur existence ne peut pas toujours être démontrée de manière certaine. Le lien entre risque et sinistre est souvent difficile à définir.

Les assureurs et notamment les actuaires ont donc du mal à modéliser le coût que peut représenter ces différents risques qui ne cessent de croître. Pour les assureurs, l'enjeu est aujourd'hui d'être en mesure de déterminer le coût de ces risques en modélisant les sinistres à travers une évaluation efficace qui permettrait d'anticiper la survenance de sinistres importants.

A terme, cette évaluation efficiente par les assureurs doit permettre une meilleure prise en charge des risques assurés tout en confortant leur stabilité financière.

• **Quelle conséquence pour les sociétés d'assurance ?**

Les sociétés d'assurance doivent donc s'adapter en utilisant de nouveaux processus leur permettant d'améliorer l'appréhension des risques afin d'augmenter leurs différents seuils de rentabilité.

Une des solutions la plus avancée serait de se tourner vers le numérique et plus précisément vers les objets connectés afin de mieux cerner les risques assurantiels.

Les objets connectés sont des appareils et accessoires (balances, détecteurs de fumée, bracelet, lunettes, boitier, ...) où sont intégrés des couches de capteurs et d'émetteurs électroniques qui leur permettent d'entrer en contact avec un utilisateur.

L'ensemble de ces objets a la capacité de se connecter à Internet, on parle souvent d'IoT (Internet of Things), ce qui correspond à l'extension d'Internet sur des objets physiques.

Ces divers objets connectés tendent à se démocratiser depuis plusieurs années.

- **Pourquoi utiliser des objets connectés pour mieux évaluer les risques ?**

Quelles sont leurs plus-values face aux techniques de souscription actuelle ?

Les objets connectés doivent permettre à l'assureur de lutter contre la variabilité du risque du fait de la mauvaise déclaration du risque, intentionnelle ou non intentionnelle de la part de l'assuré.

La FFA estime qu'en 2017 le coût des pratiques frauduleuses représentait 2,5 Md€ rien que sur le terrain de l'assurance dommages (5% des primes).

Si la lutte contre la fraude s'est intensifiée au cours des dernières années, les objets connectés par le nombre d'informations transmises peuvent se révéler être un formidable outil de lutte contre la fraude pour les assureurs.

La vision macroscopique de l'assurance se doit de composer aujourd'hui avec une nouvelle approche, centrée sur l'assuré lui-même. Le marché des objets connectés doit permettre aux assureurs de mieux connaître leurs clients et d'être ainsi en mesure de personnaliser les risques.

Concrètement, les objets connectés doivent permettre à terme d'accumuler des informations plus détaillées sur l'assuré telles que sa manière de conduire, son mode de vie, son habitation, en contrepartie de quoi, l'assureur proposera des offres sur mesure, à l'usage, moins coûteuses et qui permettront, surtout, d'avoir une meilleure appréhension des risques.

- **Exemple**

Aujourd'hui l'assurance automobile est d'avantage un produit fidélisant qu'un produit rentable. En effet, la charge sinistre du risque automobile n'est pas comblée par les primes perçues dans cette branche comme le montre le S/P ci-dessous.

Le ratio sinistres / primes doit rester inférieur à 100 pour que le risque soit rentable pour la compagnie (en tenant compte des coûts fixes et variables de la société d'assurance).

Les sociétés d'assurance doivent donc s'appuyer sur des indicateurs plus précis, tels que les objets connectés, qui pourront leur permettre d'affiner le cout prévisionnel des sinistres à travers une meilleure évaluation des risques.

En effet, les actuaires peuvent améliorer leurs bases de calculs grâce aux nombreuses informations obtenues via les objets connectés.

Le cabinet Deloitte a publié une étude sur l'assurance automobile en Europe, réalisée auprès d'environ 14 000 consommateurs dans 12 pays.

Le cabinet d'audit et de conseil évalue ainsi le potentiel de l'assurance auto connectée à plus de 16 Md€, soit 17% du marché de l'assurance automobile européen à l'horizon 2020. En France, le potentiel est important avec une estimation à plus de 2,2 Md€, soit 12% du marché de l'assurance auto hexagonal d'ici quatre à cinq ans.

- **Les objets connectés permettent-ils de mieux maîtriser la variabilité du risque ?**

Aujourd'hui les objets connectés permettent de personnaliser le risque à travers l'utilisation d'un boîtier connecté au véhicule, relié au smartphone du conducteur par lequel transitent les données transmises à l'assureur.

- **L'exemple du boîtier connecté «youdrive»**

Le précurseur dans le domaine a été AXA qui, via sa filiale Direct assurance, a lancé son offre « YouDrive ». Le système fonctionne grâce à un boîtier intelligent, connecté à une application mobile. Disposé à l'intérieur du véhicule, le boîtier enregistre et analyse des données de conduite.

L'assureur pourra ainsi analyser des centaines de données relatives à la conduite de l'assuré (vitesse moyenne, niveau de freinage, anticipation des virages, typologie de conduite...) mais aussi d'autres données relatives aux risques assurés (routes

accidentogènes, stationnement du véhicule, ...).



Exemple d'enregistrement par le boitier

Ce mécanisme va permettre de corriger les défauts du système actuel. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, il n'existe aujourd'hui que très peu de mécanismes qui permettent d'ajuster la variabilité du contrat (notamment usage, profils des assurés, apparition ou disparition de nouveaux risques en cours du contrat). En effet, si l'assuré ne déclare pas ces éventuels changements en cours de contrat, le risque est que la prime payée par l'assuré ne corresponde plus à la réalité du risque.

Les objets connectés permettent aux compagnies d'assurances de se prémunir de cette variabilité grâce aux multiples informations transmises à l'assureur. En effet, avec le boitier fixé au véhicule, l'assureur pourra savoir si le véhicule a changé de lieu de stationnement, si l'usage est plus régulier ou encore si le type de

conduite ne correspond pas au profil habituel du conducteur déclaré au contrat. Cette anticipation du risque permet de réajuster la prime en cours de contrat tant en augmentant la prime si nécessaire, qu'en la réduisant si le risque devient moins important.

D'autre part, l'assurance automobile est un secteur qui dépend fortement des capacités d'analyse du conducteur et certains cas rendent l'approche du risque complexe.

À travers les données collectées et les sinistres relevés, l'assureur met en avant des comportements à risque qu'il profile à certaines habitudes.

• L'exemple des jeunes conducteurs

Prenons l'exemple des jeunes conducteurs : aujourd'hui les sociétés d'assurance majorent les primes des jeunes conducteurs qui, statistiquement parlant, sont des conducteurs plus à risque que les conducteurs expérimentés. Cependant le jeune conducteur, s'il est plus prudent et calme, représente un risque moins important que le conducteur expérimenté qui, sûr de lui, est dangereux car devenu trop confiant. Les objets connectés peuvent nous permettre de répondre à cette problématique en personnalisant le risque et en ne se basant plus seulement sur les statistiques et probabilités mais sur le comportement quotidien des automobilistes grâce à la collecte des mesures produites par le boîtier connecté au véhicule. Cet affinage de l'évaluation du risque est rendu possible à travers la gratification promise par l'assureur à son assuré. En effet un bon conducteur pourra réduire sa facture mensuelle jusqu'à 50 % de la prime même si cette réduction tourne en moyenne aux alentours de 15%.

Dans une recherche continue de diminution des risques, les services juridiques des compagnies d'assurances s'affairent déjà à trouver le moyen de résilier ces « mauvais conducteurs » même si pour l'heure seule une majoration de primes à hauteur de 15% est appliquée (offres AXA et ALLIANZ).

En Afrique du Sud, Discovery propose l'offre Vitaly Drive, qui repose elle aussi sur l'usage d'un capteur automobile, DQ Track. Ce

dernier calcule un quotient de conduite, qui permet de bénéficier d'informations de prévention tout en améliorant la réalité du risque. De plus, pour prévenir d'un potentiel vol du véhicule, le boitier permet de sélectionner une zone dite de « sécurité » : si la voiture quitte cette zone, l'assuré sera alors alerté par SMS ; de même en cas de comportement différent du conducteur.

Les objets connectés peuvent également aider à cerner immédiatement le profil de risque de l'assuré. Ainsi une application lancée par l'assureur américain GEICO a pour objet de regrouper un ensemble d'informations qui permettent de mettre en place une analyse comparative entre utilisateurs ayant des profils similaires. Concrètement, le site Internet de GEICO catégorise le prospect avec les clients récents ayant le même profil (situation familiale, âge, catégorie sociale, pouvoir d'achat, métier...) et présente alors un résumé des produits d'assurance auxquels les utilisateurs ayant un profil similaire ont souscrit.

Dans ce cadre, l'assureur a mis sur l'application un questionnaire interactif qui, aidé par des données issues du big Data, rend possible l'analyse des risques de manière plus précise que les questionnaires actuels, tout en s'adaptant pendant la vie du contrat à la conduite du conducteur (boitier connecté).

Ces nouveaux processus permettent aux assurances d'améliorer la prédiction de la sinistralité.

Un autre mécanisme important de la gestion des risques pour les sociétés d'assurance est la prévention.

Par cet acte, l'assureur peut ajuster sa prime, car la réalisation du risque devient alors beaucoup moins importante, puisque la probabilité d'avoir un accident s'en trouve réduite.

En effet, la prévention peut être largement améliorée grâce à l'utilisation des objets connectés : prévention de l'endormissement au volant par un son émis sur le smartphone de l'assuré, analyse des itinéraires fréquemment empruntés et préconisation d'itinéraires moins accidentogènes etc.

• Le cas du véhicule autonome

Après avoir vu l'importance des boîtiers connectés dans l'appréhension des risques, nous allons à présent nous intéresser à l'opportunité que représentent les véhicules autonomes pour optimiser l'évaluation des risques.

Un véhicule autonome est un véhicule automobile apte à rouler, sur route ouverte, sans intervention d'un conducteur. Ce véhicule peut circuler en toute situation dans le trafic réel et sur la voie publique, sans intervention humaine.

La mise en place des véhicules autonomes doit, à terme, faire baisser les risques encourus par les automobilistes et conduire à un abaissement important du nombre de sinistres sur les routes françaises. D'après une étude du cabinet Exton Consulting, la généralisation des véhicules autonomes pourrait entraîner une baisse de 50% du coût des sinistres à horizon 2030, du fait de la quasi-disparition des accidents causés par des erreurs humaines. En effet, la promesse faite de l'instauration du véhicule autonome est de limiter, voire de supprimer la faute humaine en transmettant la conduite du véhicule à une intelligence artificielle qui, guidée par les satellites, emmène le client d'un point A à un point B en respectant le code de la route à la lettre.

Cependant le risque perdure notamment en cas d'évènement extérieurs pouvant endommager le véhicule (vol, vandalisme, incendie, catastrophes naturelles, technologique...). Ces différents risques seront évalués à travers la multiplicité des informations transmises par les objets connectés présents sur le véhicule autonome. Autre risque important, celui résultant d'un accident entre véhicule autonome et non autonome.

Par ailleurs, il convient de garder en mémoire que les sociétés d'assurance doivent continuer à avoir des marges de solvabilité suffisantes et peut-être plus importantes dans l'avenir. Ceci résultera du fait que si la fréquence du nombre de sinistres va être réduite sur les routes françaises, le coût de réparation des véhicules autonomes va être plus élevé. En effet, la valeur des véhicules autonomes est importante avec les technologies embarquées et le logiciel d'intelligence artificielle, ce qui va entraîner moins de

réparation et plus de remplacements de pièces.

L'avenir de l'assurance automobile pourrait s'envisager de la façon suivante :

Même si le risque existe (élément essentiel pour qu'il y ait activité d'assurance) l'arrivée du véhicule autonome pourrait être un véritable eldorado pour les assureurs et leur gestion du risque. Ces véhicules autonomes tendent à faire disparaître des risques qui n'étaient pas rentables comme la responsabilité civile ou les dommages corporels.

En excluant la faute humaine, le risque est beaucoup plus évident à cerner (dommages au véhicule) et les calculs des actuaires s'en retrouvent ainsi beaucoup plus simples et précis.

• **Le cas de la maison connectée**

Comme nous l'avons vu précédemment les objets connectés permettent de prévenir les risques et les dommages pouvant être subis par les assurés et ce phénomène n'échappe pas à l'habitation. L'automatisation de certaines fonctions a permis à la domotique d'apporter son lot de praticité dans une habitation. Au-delà de son aspect pratique, la domotique contribue aussi à la prévention et à la maîtrise des risques par les assureurs.

La maison connectée est le futur de l'assurance multirisque habitation. Les experts estiment que 70% de la population française serait équipé d'objets connectés en habitation d'ici les prochaines années en raison des avantages importants que génère leur utilisation notamment en termes de prévention des risques.

L'assureur, quant à lui, trouve son avantage dans l'approche plus personnalisée des risques que permettent les objets connectés situés dans l'habitation. En effet, l'enjeu principal pour les assureurs est d'anticiper la multiplicité des risques qui entourent l'habitation en adaptant une prime qui correspond à la criticité de ce dernier.

Ces objets connectés vont en effet permettre de diminuer les risques à travers la prévention du risque et la notification d'alertes mais vont également permettre à l'assureur d'ajuster sa prime en

fonction des vulnérabilités de la maison.

En effet, la multiplication des données émises par les objets connectés doit révolutionner le risque habitation tout comme le risque professionnel grâce à une approche plus personnalisée d'évaluation et de tarification des risques. La tarification plus personnalisée pourrait tenir compte des équipements de sécurité installés ainsi que des habitudes des assurés.

Les assureurs mettent aujourd'hui en avant leurs offres connectées en habitation dans une logique d'amélioration de l'expérience client. En effet, les assureurs vantent les mérites des offres connectées pour séduire de nouveaux prospects tout en fidélisant leurs assurés. Une autre approche consisterait à voir l'arrivée des objets connectés comme un bénéfice important pour leur gestion des risques grâce aux multiples informations que les offres connectées transmettent aux assureurs.

- **Quel est l'intérêt porté par les compagnies d'assurance aux maisons connectées ?**

La maison est le deuxième domaine dans lequel les assureurs, dans une logique de protection, peuvent avoir intérêt à placer des objets connectés.

Début 2016 déjà, AXA a lancé une offre de services destinée aux clients équipés ou désireux de s'équiper d'objets connectés afin que ces derniers puissent améliorer la protection de leur domicile contre les risques d'intrusion ou d'incendie. Cette application fonctionne comme un véritable « hub » intelligent pour prévenir des accidents domestiques et des intrusions. Ces équipements sont des caméras, alarmes, détecteurs de fumées, détecteurs de monoxyde de carbone, ampoules contrôlables à distance, prises intelligentes etc, permettant à tout moment et à distance de « garder un œil » sur sa maison en cas d'absence.

Tous ces objets peuvent être contrôlés via l'application « Mon AXA » qui envoient également une partie des données à l'assureur ainsi qu'à un service annexe d'intervention d'urgence en cas d'apparition d'un des risques précités. Contrôlée à distance, la maison gagne

clairement en sécurité avec ces objets connectés.

Il est intéressant de constater que de nombreux assureurs suivent cette logique d'amélioration de l'appréhension des risques en mettant en place des mécanismes visant à réduire les risques liés à l'habitation.

La Macif a, par exemple, développé une nouvelle offre de télésurveillance, Macif Protect. Celle-ci est susceptible d'être vendue en service annexe avec l'assurance habitation de la Macif. Cette dernière dispose d'une centrale d'alarme, d'un détecteur de fumée, d'une application de commande à distance et d'un clavier de commandes.

De son côté, Groupama a développé une offre de télésurveillance connectée, baptisée « box habitat ». Outre une amélioration de la sécurité du logement, celle-ci permet de détecter les risques d'incendies, de vols et pannes électriques, grâce à des capteurs installés dans le domicile de l'assuré.

Côté partenariats, les assureurs se sont liés avec plusieurs fabricants de systèmes domotiques visant à équiper leurs assurés. Allianz s'est, par exemple, associée à Nest Labs, une start-up spécialisée dans l'IoT, pour la fabrication d'un détecteur de fumée et de monoxyde de carbone connecté (Nest Protect) qui permet aux assureurs de diminuer les risques. Ainsi l'assureur pourra ajuster la prime en fonction du profil de l'assuré. Un assuré équipé d'un détecteur de fumée connecté est un profil moins à risque pour l'assureur.

L'ensemble de ces objets connectés permet donc aux assureurs de diminuer le nombre de sinistres et d'avoir ainsi une meilleure évaluation des risques. Les sociétés d'assurance auront tendance à augmenter la prime en s'adaptant en temps réel aux équipements de sécurité de leurs assurés et à contrario l'assureur pourra réduire la prime d'assurance habitation des assurés présentant des risques moins importants.

• Quel impact sur la tarification ?

Comme nous l'avons vu précédemment, les sociétés d'assurance pourront grâce aux objets connectés adapter la tarification de l'assurance habitation aux moyens de prévention des risques pris par les assurés.

Une autre logique d'utilisation des objets connectés serait que ces derniers détectent en temps réel les vulnérabilités de la maison ainsi que les mauvaises habitudes et reflexes de leurs assurés. Ces objets connectés pourraient permettre une détection précoce des sinistres et des risques éventuels qui englobent l'habitation.

Cette tarification serait alors proportionnelle au risque réel, en s'adaptant quotidiennement à la réalité du risque ou encore en mettant en place des procédures d'évaluation des sinistres plus rapides et plus faciles. Pour ce faire, des projets collaboratifs voient le jour comme celui de SquarePredict, un logiciel de service qui permet de valoriser les données DATA accumulées par les assureurs.

Le but de la mise en place de ce logiciel est de pouvoir estimer de la manière la plus efficiente possible l'impact d'éventuels dommages causés par un événement climatique, de prédire des sinistres incendies ou des dégâts des eaux.

Ce logiciel permettra également d'estimer le cout de remplacement des biens électroniques en cas de sinistre et de vol notamment (ordinateurs, téléphone, télévision...).

La branche risques industriels et risques de spécialités du groupe d'assurance AGCS compte utiliser les compétences d'un logiciel qui exploite les données des objets connectés afin de renforcer ses capacités d'analyse des risques. Il s'agit pour l'assureur de transmettre aux logiciels l'apparition et la disparition de risques afin que le logiciel analyse et ajuste finement la couverture des risques en fonction de chaque type de profil client.

- **Quel est le but recherché ?**

Là encore, le but est de passer d'une approche globale à une approche personnalisée des risques. Pour cela AGCS va équiper ses assurés qui le souhaitent d'un boitier qui permet notamment de mesurer le taux d'humidité dans l'habitation et de transmettre cette donnée à son assureur. Baptisé TH2O, le boitier pourra agir, là encore, sur la prime d'assurance en fonction du taux d'humidité de la maison.

Les assureurs peuvent également se servir des objets connectés pour connaître les habitudes et réflexes de leurs assurés. En effet, dans la notion de risque intervient également la notion humaine. L'assuré prend-il l'ensemble des mesures visant à réduire les risques ?

L'assureur va donc étudier les habitudes et réflexes des assurés. Par exemple, les cas d'oubli fréquents de fermer les portes ou fenêtres, le nombre d'heures pendant lesquelles la maison n'est pas occupée seraient analysés comme étant un facteur de risque de sinistres notamment en cas de vol ou dégradation de mobilier.

- **Le cas particulier du risque agricole**

Comme nous l'avons vu le développement des objets connectés dans l'habitation est une véritable source d'amélioration dans l'approche des risques par les assureurs.

Les entreprises n'échappent non plus pas à l'accentuation de la multi-détention d'objets connectés pouvant améliorer l'appréhension des risques par les actuaires.

Dans le domaine agricole, par exemple, les objets connectés peuvent révolutionner l'approche des risques par les assureurs. En effet, les objets connectés se révèlent être d'excellents outils en matière de gestion des risques agricoles. Une adaptation des contrats multirisques au regard des mesures de prévention prises et une conduite quotidienne du risque sont aujourd'hui possibles, procurant ainsi d'importants avantages tant à l'exploitant qu'à la société d'assurance.

C'est « The Climate Corporation », qui a en premier proposé une assurance connectée pour les risques agricoles. Afin de ne plus reposer sur la seule logique d'utiliser les données historiques pour cerner le risque, l'assureur a mis en place un nombre important de capteurs, drones et caméras qui collectent un nombre important d'informations afin d'évaluer le risque.

Ces analyses qui s'appuient également sur le big data permettent d'améliorer la gestion des risques en analysant les évènements internes (traitements, conditions d'entreposage ou de manutention...) et externes (conditions climatiques, qualité de l'air, maladie...).

L'assureur peut ainsi, à travers cette approche du risque, évaluer le juste montant de prime nécessaire pour faire face à ses engagements en cas de sinistre, tout en permettant à l'exploitant d'améliorer sa production en minimisant les risques de mauvais rendement.

• L'exemple de la e-santé

La santé est certainement le domaine où l'arrivée des objets connectés représente les plus grandes opportunités pour les assureurs dans la mesure où ce marché est quasi illimité.

Le marché de « l'e-santé » dans le monde devrait représenter 400 milliards d'euros à l'horizon 2022 et ce, alors qu'il ne représentait que 46 milliards en 2015.

De nombreux facteurs expliquent la nécessité pour les assureurs et assurés de s'équiper d'objets connectés : vieillissement de la population, augmentation des maladies comme le diabète et l'obésité, demande croissante de solutions de surveillance de santé et de remise en forme... L'enjeu est donc particulièrement important, à l'heure où l'État a tendance à diminuer la part de remboursement des divers frais de santé.

L'assureur doit donc trouver des solutions pour améliorer l'évaluation des risques en santé en mettant en place une prévention efficace ainsi qu'une tarification flexible.

La prévention et la protection

- **Quels sont les moyens de prévention-protection de l'assureur ?**

L'assureur, dans le cadre de l'approche d'un risque industriel, au-delà des éléments actuariels liés à sa connaissance d'une activité déterminée, va évaluer le risque qui lui est proposé selon quatre phases clés :

- comparaison de l'activité à celles d'unités similaires ;
- existence et fiabilité des systèmes de prévention pour la réduction ou l'élimination des risques de protection pour la réduction des conséquences financières ;
- niveau de maintenance et d'entretien des équipements de production ;
- fiabilité de la position de l'entreprise à l'égard de la gestion des risques (notion de préservation et de pérennité).

On remarquera que, sans qu'il y ait concordance parfaite, les objectifs de l'entreprise et de l'assureur, notamment en termes de prévention, sont très voisins. Par ailleurs, l'entreprise se trouve confrontée en matière de prévention-protection à un foisonnement législatif et réglementaire essentiellement tourné vers la sécurité des personnes ou la sauvegarde de l'environnement. Lorsqu'il est question de la protection des biens, c'est évidemment pour éviter les dommages corporels qui seraient la conséquence d'une atteinte de ces biens.

- **Quelle est la mission principale du chef d'entreprise en matière de santé et sécurité des salariés ?**

Ainsi, les articles L. 4121-1 à L. 4121-5 et L. 4122-1 du Code du travail énoncent la principale mission du chef d'entreprise pour ce qui concerne la sécurité et la santé des travailleurs. En matière de sécurité contre l'incendie, il lui est imposé de prendre les mesures nécessaires pour que toute velléité d'incendie puisse efficacement

être combattue dans l'intérêt du personnel (C. trav., art. R. 4227-28 à R. 4227-41). En outre, les articles L. 4721-1 et suivants du Code du travail donnent des moyens d'intervention spécifiques à la DIRECCTE (Direction des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi).

Ces dispositions sont prolongées dans le livre 2 du Code du travail où sont spécifiquement énumérées les contraintes réglementaires pour :

- les moyens d'évacuation ;
- les moyens de lutte contre l'incendie ;
- l'aération ;
- le chauffage ;
- l'éclairage ;
- les installations électriques ;
- les installations sanitaires.

Une distinction précise est opérée entre :

- **les moyens de prévention** (C. trav., art. R. 4227-15 à R. 4227-27). Sont notamment concernés les installations électriques, le chauffage, le stockage et la manutention des produits ou substances dangereuses, le nettoyage des locaux, etc. ;
- **les moyens de lutte contre l'incendie** (C. trav., art. R. 4227-28 à R. 4227-41). L'obligation de base du chef d'entreprise se limite, à une installation d'extincteurs mobiles à eau pulvérisée de 6 litres pour 200 m² de plancher (le produit d'extinction doit toutefois être adapté au type de feu à combattre). En outre, le personnel doit être spécialement entraîné à la manipulation du matériel de secours. L'article R. 4227-30 du Code du travail prévoit des dispositifs complémentaires de protection, le cas échéant.

À noter que les directives européennes interviennent peu à peu pour harmoniser également ces dispositions et opèrent une distinction entre les locaux existants au 1er avril 1992 et ceux à construire ou à aménager (D. no 92-332, 31 mars 1992, JO 1er avr. ; D. no 92-333, 31 mars 1992, JO 1er avr.). Ajoutons enfin qu'outre celles évoquées précédemment visant les locaux de travail, un

certain nombre de dispositions législatives ou réglementaires complémentaires sont applicables :

- **aux ERP** (établissements recevant du public) : articles R. 123-1 à R. 123-22 du Code de la construction et de l'habitation ; arrêté du 13 juin 2017 modifiant l'arrêté du 25 juin 1980 portant approbation des dispositions générales du règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public (Arr. 25 juin 1980, NOR : INTE1710441A, JO 22 juin) ;
- **aux IGH** (immeubles de grande hauteur) : arrêté du 10 mai 2019 modifiant l'arrêté du 30 décembre 2011 (NOR : IOCE1117012A) portant règlement de sécurité pour la construction des immeubles de grande hauteur et leur protection contre les risques d'incendie et de panique ;
- **aux installations classées** : loi no 76-663 du 19 juillet 1976 (JO 20 juill.), modifié en janvier 1993 et septembre 2000 reprise dans le Code de l'environnement (D. no 2005-935, 2 août 2005, JO 5 août), qui, dans son article 1er, précise que doivent être soumis à la procédure d'autorisation les «usines, ateliers, dépôts, chantiers, et d'une manière générale les installations exploitées ou détenues par toute personne physique ou morale, publique ou privée, qui peuvent présenter des dangers ou des inconvénients soit pour la commodité du voisinage, soit pour la santé, la sécurité, la salubrité publiques, soit pour l'agriculture, soit pour la protection de la nature et de l'environnement, soit pour la conservation des sites et des monuments».

Les dispositions de la présente loi sont également applicables aux exploitations de carrières au sens des articles 1er et 4 du Code minier. L'assureur, placé lui aussi devant cet ensemble devra, puisqu'il est hors de question de ne pas le prendre en considération, s'adosser au dispositif existant. Il va donc en amplifier certains aspects, les adapter à son principal souci constitué par la protection des biens et ainsi créer sa propre norme.

• Comment améliorer la prévention des risques ?

L'ensemble des acteurs de la santé mène des campagnes de prévention afin de réduire les risques et donc de diminuer les prestations. C'est en effet dans le secteur de la santé que l'impact de la prévention pourrait être le plus significatif, car anticiper les frais de santé est un enjeu majeur pour les assureurs dans leur logique de maîtrise des coûts.

En effet, ces technologies doivent permettre de mettre en place des diagnostics plus précis qui instaureront une prévention qui devrait réduire les coûts d'hospitalisation à hauteur de 99 milliards d'euros par an en Europe selon « Cityzen Sciences », spécialiste dans la collecte de données de santé. L'objectif pour les sociétés d'assurance est donc clair : moins de frais de santé est synonyme de moins de sommes à rembourser.

Les objets connectés, par leur précision et leur côté ludique sont un véritable outil de prévention auprès des assurés. Un mode de vie plus sain est synonyme d'un risque moindre pour l'assureur qui pousse chaque assuré ayant une complémentaire santé à se « connecter ».

Une fois connecté, un suivi personnalisé permettra de détecter les risques dans une logique de prévention.

La mise en place d'objets connectés peut permettre aujourd'hui aux assureurs de détecter trois types de risques :

- risque physiques (nombre de pas, vitesse, distance parcourue, nombre de calories dépensées) ;
- risque psychologique (tensiomètre, fréquence cardiaque, glucomètre, balance) ;
- risque d'oubli (pilulier, information et rappel de la prise de médicaments).

L'assureur peut alors se rapprocher de ses clients en les accompagnant de manière ludique et efficace sur un acte important qu'est leur propre santé. L'assureur améliore ainsi l'expérience client tout en augmentant sa connaissance du risque et en diminuant ses coûts via des axes de prévention efficaces.

Les sociétés d'assurance ont donc un réel intérêt à s'inscrire dans ce projet. Axa, précurseur en France dans le domaine, propose depuis 2014 une offre intitulée « e-Modulango ».

Les 1000 premiers souscripteurs d'un contrat complémentaire santé se sont vu remettre un bracelet connecté nommé « Pulse », développé en partenariat avec la start-up française Withings, qui regroupe des données sur le mode de vie des assurés.

Ce bracelet est capable de calculer les heures de sommeil, le nombre de pas et calories brûlées, d'étudier le rythme cardiaque de l'assuré. L'assureur analyse par la suite ces données et peut ainsi mettre en exergue les comportements à risque.

Une fois les risques détectés, l'assureur proposera un plan de prévention qui s'appuie sur l'analyse de professionnels de santé et qui visera à réduire les risques ou à détecter une maladie insoupçonnée. On pourrait imaginer, par exemple, un système d'alerte et de recommandations en cas de comportements susceptibles de dégrader l'état de santé de l'assuré.

La mise en place de nouveaux dispositifs de prévention est presque sans limite. Google est actuellement en pleine négociation avec plusieurs assureurs pour que ces derniers proposent à leurs assurés des lentilles de contact connectées qui permettent d'aider les diabétiques en analysant leur taux de glucose directement dans leurs yeux.

Après avoir vu l'importance que représente les objets connectés pour améliorer la gestion des coûts des assureurs nous allons à présent analyser comment les assureurs peuvent utiliser les objets connectés afin de mettre en place une tarification flexible et personnalisée face au risque santé.

- **Peut-on prévoir la mise en place d'une tarification dynamique ?**

Les objets connectés sont, dans le domaine de la santé, une véritable mine d'or pour les assureurs à travers la multitude de données qu'ils transmettent. Ces informations doivent permettre aux

actuaires de mieux appréhender, interpréter, voir prédire sur le long terme la santé de leurs assurés.

Les assureurs doivent aujourd’hui être en capacité de proposer des produits sur mesure et concevoir une offre adaptée aux besoins de chacun de ses assurés, afin d’optimiser leur gestion du risque et ainsi gagner en rentabilité.

Certains assureurs n’ont pas attendu avant de tester ce concept. C’est le cas de l’assureur Américain John Hancock qui est devenu en avril dernier, le premier assureur à faire varier la tarification des primes de ses assurés en fonction de leur activité et de leur mode de vie et ce grâce à un bracelet connecté.

L’assureur américain peut, par la suite, analyser ces données et étudier les comportements de ses assurés : quand et à quelle fréquence il pratique un sport, si ce dernier va chez le médecin régulièrement, la qualité de son alimentation et activités à risque...

L’assureur mettra alors en place une tarification dynamique qui correspond au profil de son assuré et sera en mesure de lui proposer un contrat sur mesure. Un assuré ayant une vie saine et sans facteur de risque paiera une prime bien moins importante que l’assuré catégorisé comme étant un profil à risque.

D’un point de vue strictement économique, cette approche semble être la plus efficiente pour l’assureur qui peut, dans cette hypothèse, augmenter ces marges de solvabilité. En effet, ce dernier pourrait ainsi mettre en place un modèle de gestion du risque qui permet d’adapter les primes et les modèles de tarification de façon dynamique.

Prenons l’exemple de lentilles de contact qui soient capables de mesurer, en continu, la glycémie de sujets diabétiques et de transmettre en temps réel à l’assureur des données sur l’état de santé général de l’assuré.

Ces informations permettraient aux sociétés d’assurance d’évaluer plus finement les risques et de définir leurs tarifs en conséquence tout en profitant à l’assuré, qui appréciera d’être alerté dans les plus brefs délais s’il a besoin d’insuline ou s’il est en état

d'hyperglycémie.

Toutefois, une telle tarification de prime modulable en fonction de la santé des assurés n'est, pour l'heure, pas envisageable en France, conformément à

- la loi sur le secret médical ;
- la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 qui vise à encadrer l'exploitation des données sensibles ;
- la loi du droit à l'oubli publiée le 14/02/2017 qui vise à protéger les anciens malades du cancer et de l'hépatite C.

Enfin, on peut également citer l'émergence du « Big data » qui, jumelé avec les grandes quantités de données récoltées par ces dispositifs pourraient fournir aux assureurs des données statistiques pertinentes pour détecter par exemple la diffusion d'épidémies et en contrôler les risques.

Les objets connectés permettent donc aux assureurs d'améliorer l'appréhension des risques grâce à la gestion dynamique et à l'individualisation de prime que permet l'iot. Ces objets connectés sont également pratiques pour le consommateur grâce à leurs aspects innovants et ludiques. Un tableau idyllique en somme. Cependant, l'arrivée des objets connectés soulève également quelques craintes légitimes tant du côté des assurés que du côté des assureurs.

• **Quid de la protection des données ?**

La collecte massive des données issues des objets connectés est l'une des principales craintes des assurés qui s'inquiètent du respect de leur vie privée. En effet, il se pose la question de la confidentialité et de la protection des données personnelles des assurés qui sont analysées par les assureurs. Ces derniers ne vont-ils pas être séduits par la revente d'une partie de leurs données à d'autres annonceurs, compte tenu des possibilités économiques qu'elles représentent ?

Même si aujourd'hui, nous le verrons ultérieurement, l'utilisation des données par les assureurs est strictement encadrée par la loi, il n'en

reste pas moins que la question de la façon dont sont gérées et utilisées ces données peut constituer un frein, ou au moins une interrogation pour les assurés.

Au-delà du respect de la vie privée, les utilisateurs d'objets connectés sont également inquiets quant aux piratages de leurs objets connectés qui pourraient avoir de lourdes conséquences sur leurs activités quotidiennes. En effet, les actualités toujours plus nombreuses en lien avec le piratage ou le vol d'informations sensibles rendent les usagers frileux quant à l'arrivée des objets connectés dans leur quotidien. Entre l'objet connecté et l'assuré, n'importe quelle personne malveillante peut se glisser pour « tout voir », « tout entendre », « tout enregistrer », « tout utiliser ». Cet intrus, est, ce que l'on appelle un pirate informatique ou «hacker» (du terme anglais «hacking», bidouiller).

Il va pouvoir à travers un ou plusieurs objets connectés usurper l'identité de l'assuré pour commettre de multiples escroqueries : fraudes à la carte bancaire, vols, sabotages de données et de réseaux... Cette « cybercriminalité » se développe ainsi de manière proportionnelle aux objets mis à la disposition des assurés.

Le Hacker peut même aller plus loin en prenant le contrôle d'un véhicule autonome et en mettant ainsi directement en danger la vie de l'assuré. On peut prendre l'exemple du véhicule autonome de la société UBER qui a fait plusieurs morts après que ce dernier ait percuté plusieurs personnes aux Etats-Unis montrant ainsi que si le système tend à minimiser les risques, ces actualités ont tendance à freiner l'arrivée du véhicule autonome.

Les sociétés d'assurance doivent donc s'interroger et trouver des solutions efficaces afin d'apporter des réponses claires aux assurés quant à la protection des données en leur expliquant que les bénéfices apportés par l'utilisation d'objets connectés seront supérieurs aux inconvénients qu'ils représentent pour leur vie privée.

- **Quel est l'accueil des assurés vis-à-vis des nouvelles techniques d'appréhension du risque ?**

La réticence des assurés envers ces nouvelles techniques d'appréhension du risque est encore importante. Ces derniers ne sont pas encore majoritaires à accepter l'émergence d'assurances comportementales centrées sur l'individu afin de faire évoluer la prime d'assurance. Les clients sont en effet réticents quant au partage de leurs informations dans ce sens.

Le risque est que l'assuré se sente espionné, tracké par son assureur et fausse ainsi son comportement dans le but de bénéficier de baisse de prime importante. De quels moyens disposeront les assureurs pour lutter contre cette fraude ?

L'utilisateur pourrait, par exemple, prêter son bracelet électronique à une personne en meilleure santé afin de diminuer sa prime d'assurance.

On peut également s'interroger sur la souscription d'assuré présentant un risque plus important que les autres (mauvais conducteur, mauvaise santé, pas de système de protection dans l'habitat). Il sera compliqué pour l'assureur de les faire souscrire aux offres connectées en raison des seuls avantages ludiques que permettent ces derniers.

Avec cette logique, les risques ne seront plus répartis et la mutualité peut alors être grandement fragilisée. En effet l'assureur qui ne basera pas ses tarifs sur l'analyse individualisée des risques se verra confronté à une clientèle dite « à risque » désirant éviter la tarification dynamique tout en voyant partir sa clientèle le moins à risque, désireuse elle, de bénéficier de réduction de prime, chez des concurrents proposant des offres connectées.

C'est également d'un point de vue économique que l'usage de ces objets peut poser un problème.

En effet ces objets connectés représentent un coût d'acquisition important et notamment dans le domaine de la santé où l'assureur ne peut, à lui seul, prendre en charge ces frais dans une logique de rentabilité. En effet, dans cette hypothèse, les risques diminueraient avec la prévention mais parallèlement, les coûts de fonctionnement

des assureurs augmenteraient.

Il conviendrait donc que des négociations soient ouvertes entre les assureurs et les caisses d'Assurance Maladie, pour déterminer les modalités de prise en charge de tout ou partie des frais relatifs à l'acquisition de ces objets connectés.

Certains objets connectés sont déjà pris en charge par la Sécurité Sociale, mais ces prises en charges restent encore très marginales (lecteurs de glycémie, d'électrodes, de bandelettes et de capteurs, de stylos injecteurs, d'appareils de mesure de la coagulation, débitmètres de pointe), dans la mesure où l'objet connecté doit être prescrit par un médecin et être inscrit sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR).

Du point de vue de l'assureur, l'arrivée des objets connectés n'est pas uniquement synonyme d'avantages, les assureurs devront en effet faire face à un certain nombre de défis, s'ils veulent s'appuyer sur les objets connectés afin de mieux évaluer les risques.

- **Quels sont les freins à la mise en place effective des objets connectés ?**

La mise en place de ces nouvelles techniques d'évaluation des risques est d'abord un défi organisationnel pour les assureurs. En effet, il va falloir suivre et analyser les milliers de données transmises par les objets connectés et mettre en place des algorithmes permettant une corrélation entre les données obtenues et la prime d'assurance.

Ainsi, l'actuaire va se retrouver avec des masses importantes de données à analyser. Or ces données proviennent de nouvelles sources diverses et variées et sont souvent non structurées et très difficiles à traiter. La nécessité s'impose donc de créer de nouveaux métiers qui permettront d'intégrer les données issues des objets connectés dans le calcul de risques et de tarifs.

Il va également se poser le problème de l'hébergement des données, car c'est toute la chaîne de valeur de l'information, depuis le stockage jusqu'à l'accès et au traitement des données, qui doit

être sécurisée. Un dispositif d'autant plus complexe à mettre en place qu'avec les objets connectés, les masses de données sont de plus en plus importantes.

L'évaluation dynamique des risques est aujourd'hui freinée par un cadre réglementaire national et européen qui légifère sur la mise en place d'une tarification individualisée basée sur le comportement des assurés.

La CNIL (Commission Nationale d'Informatique et Liberté) a en effet appliqué, en mai dernier, le règlement général sur la protection des données (RGPD).

Au regard de l'arrivée massive des objets connectés, le législateur européen est venu renforcer la protection des données personnelles et imposer de nouvelles obligations aux entreprises d'assurances.

Les acteurs du marché doivent ainsi adapter leurs offres d'assurance à ces nouveaux cadres réglementaires, législatifs et juridiques, et ce pour accompagner et assurer au mieux l'émergence de nouveaux risques liés à l'arrivée des objets connectés.

Parmi les mesures les plus innovantes, nous pouvons citer le principe de « privacy by design » qui impose aux banques et aux assurances de prendre en compte la protection des données personnelles dès la création de nouveaux produits.

Cette directive mentionne également l'obligation faite aux assureurs d'effectuer des analyses d'impact sur la vie privée. Cette obligation amène donc les sociétés d'assurance, non plus à analyser seulement les risques qui pèsent sur elles, mais d'étudier et de limiter ceux qui pèsent sur leurs clients.

Afin d'améliorer la sécurité des systèmes d'information, la directive impose également aux sociétés d'assurances d'avertir l'autorité de contrôle ainsi que les assurés en cas de failles de sécurité dont elles ont été victimes.

Les assureurs doivent, par ailleurs, prouver qu'ils respectent cette

directive sous peine d'être amendés à hauteur de 4 % du chiffre d'affaire mondial consolidé en plus des sanctions pénales.

Cette directive nécessaire pour la protection des assurés, freine donc très largement les sociétés d'assurance dans leurs projets d'évaluation des risques comportementaux.

Par ailleurs, même si l'assureur met en œuvre les opérations nécessaires afin de respecter et de protéger les données clients, la législation française interdit de moduler le tarif d'une assurance-santé en fonction du comportement d'un assuré. Generali, par exemple, attend l'aval de la CNIL pour commercialiser son offre de santé connectée, déjà disponible en Allemagne.

Les sociétés d'assurance doivent donc être patientes dans ce domaine tout en accompagnant le changement de mentalité de la société.

Cette législation française contraignante s'associe au manque d'infrastructure qui freine, notamment, l'arrivée du véhicule autonome connecté.

• L'exemple de la voiture autonome

Si on en revient à notre exemple des voitures autonomes, avant de permettre la circulation de ces véhicules autonomes, le gouvernement va devoir adapter le cadre réglementaire dont le code de la route, régler la question de la cybersécurité ou encore préparer la connexion des infrastructures. Au total, l'état se trouve face à plus de 30 chantiers à mettre en route rapidement pour que la France soit « à la pointe » et capable d'accueillir cette technologie.

Ces chantiers seront prévus dans la « loi d'orientation des mobilités » (LOM), qui sera présentée au conseil des ministres d'ici l'été.

D'autres difficultés risquent d'apparaître pour les assureurs dans les recherches de responsabilités.

En effet, les contrats d'assurance automobile traditionnels risquent de ne concerner que les véhicules non autonomes. Concernant les véhicules autonomes, il semblerait qu'on s'achemine vers un

transfert du risque vers le constructeur, qui engagera sa responsabilité en cas de dysfonctionnement du véhicule ou d'intrusion dans le système (cybercriminalité). Les assureurs vont donc être amenés alors à créer et mettre en place un ou des contrats qui permettront aux assurés un accompagnement personnalisé face à la multiplicité des intermédiaires qu'ils auront face à eux.

• Peut-on parler d'uberisation de l'assurance ?

L'apparition des objets connectés constitue une véritable opportunité pour les assureurs, mais ils ne sont pas les seuls sur le marché.

Les assureurs doivent donc anticiper la forte concurrence qui s'annonce et qui se renforce notamment à travers l'uberisation de l'assurance.

L'ubérisation est un phénomène économique basé sur une absence d'intermédiation entre le client final et le produit. Il est le fruit de l'avancée technologique et notamment de la démocratisation d'internet, des smartphones, de la géolocalisation et des objets connectés.

Cette ubérisation de l'assurance pourrait venir de ceux qui ont déjà l'habitude de collecter des données en masse et qui maîtrisent parfaitement et ce, depuis des années, la notion de Big Data : Les GAFA.

Ces derniers sont aujourd'hui en première ligne pour assurer au mieux les consommateurs. Ils savent tout avant tout le monde et peuvent anticiper. Certes, Google Compare (comparateur d'assurance en ligne) s'est soldé par un échec, mais ne peut-on pas imaginer que l'arrivée de la « Google Car » soit une aubaine pour Google, qui serait alors en pole position pour proposer des assurances automobiles à ses clients ?

Les assureurs en proposant une assurance basée sur la technologie et des techniques novatrices ne risquent-ils pas de devenir moins légitimes que leurs concurrents spécialistes ?

Autre concurrent qui se dresse face aux assureurs : les constructeurs. En effet, alors que les véhicules actuellement vendus par les constructeurs automobiles sont pour une grande partie d'entre eux connectés, les constructeurs disposent désormais d'une grande quantité de données clients, des données liées par exemple à leurs types de conduite, kilomètres parcourus etc. Ces données permettent de connaître parfaitement le profil type des conducteurs possédant un véhicule de la marque.

C'est dans cette dynamique que les constructeurs automobiles proposent désormais des assurances automobiles, correspondant aux besoins de leurs clients et où la prime correspond à l'utilisation du véhicule. Les prix sont alors plus attractifs et le service client coïncide mieux aux attentes lors de l'acquisition d'un véhicule. Les compagnies d'assurance risquent alors de faire ubériser par les constructeurs des véhicules qu'elles assurent habituellement.

Par ailleurs, il est important de noter que le secteur de l'assurance automobile n'est pas le seul concerné. On peut prendre l'exemple de l'intérêt que porte Google pour la « smart home » qui devrait à terme, lui permettre d'accumuler suffisamment de connaissances sur leurs clients pour lancer une offre d'assurance habitation correspondant davantage à leurs attentes.

Un autre risque important pour les sociétés d'assurance réside dans le fait que les startups créatrices d'objets connectés auxquelles les assureurs se sont associés, accumulent également de la connaissance client. Elles pourront à moyen et long terme, lancer elles aussi une offre d'assurance venant concurrencer les assureurs.

Les assureurs devront donc être vigilants face à l'apparition de cette nouvelle concurrence en s'appuyant sur leur légitimité d'acteur financier solide tout en étant en phase avec l'évolution du marché.

- **La tarification dynamique pourra-t-elle remplacer la mutualité ?**

Cette tarification dynamique et personnalisée pourrait remettre en cause un des éléments fondateurs de l'assurance : la mutualisation des risques. Avec un système hyper-personnalisé, les assurés qui adopteraient un bon comportement n'auraient plus qu'à verser une prime dérisoire tandis que les personnes identifiées comme « profil à risque » paieraient des sommes importantes.

En effet, l'accumulation des données assortie d'une technique d'analyse plus pertinente permet aujourd'hui une tarification très efficiente, quasiment individualisée et on peut alors se demander quelle place restera à la mutualisation. Dans un contexte où le « profil risque » de l'assuré ne serait plus basé sur les simples statistiques mais serait au contraire basé sur les habitudes de l'individu, le concept de mutualisation des risques pourrait disparaître.

Jusqu'à présent, cette individualisation restait difficilement applicable au secteur de l'assurance et les assureurs privilégiaient une segmentation des assurés. Les méthodes actuelles de souscription ne s'appuyant que sur un modèle prédictif imparfait, le Big Data va totalement changer la donne en permettant d'individualiser à un niveau très fin l'offre d'assurance.

Cette disparition progressive de la mutualisation aurait des conséquences négatives pour les marges de solvabilité des assureurs car les mauvais risques ne seraient plus compensés par les bons risques.

Toutefois, il convient de tempérer cette idée selon laquelle l'exploitation des objets connectés pourrait mettre fin à la mutualisation. En effet, même si ces derniers améliorent l'évaluation des risques ils ne peuvent néanmoins permettre d'établir un modèle prédictif parfait pouvant anticiper la réalisation d'un sinistre. En effet, aucun objet connecté, aussi performant soit-il, ne peut appréhender de manière parfaite ce qui dépend d'un nombre considérable de facteurs. Prenons par exemple le cas de l'assurance conducteur « Pay How You drive », même si le conducteur se comporte bien sur la route, il reste confronté à des risques extérieurs, dus aux autres

conducteurs, aux obstacles sur la chaussée ou à la météo.

Autre fait important et sujet de réticence du côté des assureurs, la crainte de voir leurs assurés ne plus être convaincus par la nécessité de l'assurance. En effet, l'intérêt premier des objets connectés est de réduire les risques. D'où cette interrogation : si je peux surveiller ma maison depuis mon smartphone, pourquoi devrais-je souscrire une assurance pour me protéger du vol ? L'aléa n'existerait donc plus.

Chaque assuré pourrait alors être tenté de verser une partie de ses revenus en vue de se préparer financièrement aux sinistres qu'il pourrait subir tout au long de sa vie. Il ne s'agirait plus d'assurance, mais plutôt d'un produit d'épargne. Même si ce changement a peu de chances d'aboutir à court terme (législation obligeant la souscription d'assurance Responsabilité Civile dans certaines branches), il est probable que les banquiers soient mieux armés pour le commercialiser...

• Quel rôle pour les sociétés d'assurance ?

Afin de répondre aux sceptiques, les sociétés d'assurances devront donc poursuivre leurs développements digitaux en s'appuyant sur leur rôle de conseil.

Les objets connectés et l'intelligence artificielle représentent des opportunités grandissantes pour les assureurs.

Ces derniers devraient rendre possible la fidélisation de la clientèle en favorisant l'expérience client à travers leurs aspects ludiques et pratiques mais ils permettraient surtout aux assureurs de mieux évaluer les risques. La multitude d'informations transmises par les objets connectés sur l'environnement et le comportement de l'assuré devraient légitimer, à terme, d'affiner le risque tout en mettant en place des actes de préventions.

L'utilisation des objets connectés dans l'appréhension des risques est encore loin d'être un système parfait. Cette nouvelle technique d'évaluation n'est pas encore assez mature dans l'esprit des assureurs comme des assurés.

En effet les assureurs se heurtent à une législation parfois bloquante quant à l'utilisation des données personnelles des assurés, tout en devant faire face à l'arrivée de nouveaux concurrents sur le marché.

Les assurés eux, s'ils sont ouverts aux nouvelles technologies, peuvent se montrer réticents quant à l'utilisation de leurs données personnelles qui seraient susceptibles d'augmenter leurs primes d'assurance.

Malgré ces réticences, les promesses des objets connectés ne sont pas remises en cause : l'intérêt des assureurs est bien là, et les prévisions de croissance du marché des objets connectés incitent à l'optimisme.

On peut légitimement penser que les objets connectés, couplé au Big Data peuvent solutionner un grand nombre de problèmes, coûteux pour l'assureur. On pense par exemple ici à la fraude. Les objets connectés sont donc une mine d'or. Certes, leur mise en place a un coût puisqu'il faut recruter des personnes avec de nouvelles compétences et expertises, mettre en place la technologie au sein de la chaîne de valeur, s'équiper autrement. Mais l'investissement peut s'avérer extrêmement rentable, s'il fait disparaître les 2,5 milliards d'euros qu'a coûté la fraude en 2017 selon la FFA.

Les assureurs ont donc intérêt à investir massivement dans ce domaine tout en s'appuyant sur les techniques d'évaluation du risques actuel (statistiques sinistres, informations de souscription, ...), qu'ils ont déjà en leur possession pour faire avancer le sujet et arriver à une solution qui sera viable. Les assureurs devront se confronter aux différents acteurs (législateur, constructeur automobile ou fabricant des objets connectés, Assurance Maladie, ...) pour faire évoluer la législation, ainsi que les mentalités en argumentant que les bénéfices issus des objets connectés seront supérieurs aux inconvénients qu'ils représenteront pour leurs vies privées.

- **Comment l'assureur peut-il évaluer le risque propre à chaque entreprise ?**

Le nombre de risques d'entreprises se trouvant au sein d'un même portefeuille d'un assureur et, a fortiori, le nombre de risques d'une même famille de risques se révèle beaucoup trop faible pour en tirer une loi statistique liée à quelques critères définis, telle la qualité de la prévention et de la protection au sein d'une activité. C'est pourquoi très tôt, les assureurs opérant en France ont éprouvé le besoin de mettre en commun leurs expériences statistiques (véritablement à partir de 1948) et ainsi d'élaborer une base tarifaire au sein de l'APSAIRD devenue en 1990 l'APSAD, puis enfin regroupée au sein de la FFA : le Traité des Risques d'Entreprise (TRE) surnommé « Tarif Rouge » à cause de la couleur de couverture de ses premières éditions.

Cette nécessité avait été ressentie par l'ensemble des pays européens qui ont ainsi créé chacun leur structure commune. Il faut d'ailleurs ajouter qu'outre les difficultés d'échantillonnages statistiques évoquées, l'industrie d'assurance présente par elle-même, notamment dans les branches d'intensité, des particularismes qui rendent nécessaires une certaine homogénéité d'approche. On peut rappeler tout d'abord que, à l'inverse des autres entreprises industrielles, le cycle de production se trouve totalement décalé :

- le montant de la prime doit être fixé alors même que l'assureur ne connaît pas, à l'exception des frais de gestion, le prix de revient de sa prestation (constitué essentiellement par le coût des sinistres) ;
- l'assureur n'est pas limité dans son offre d'assurance par l'importance d'investissements préalables. Ainsi, l'intensité des indemnités qu'il peut avoir à assumer n'est pas directement proportionnée à ses actifs. Les marges de solvabilité sont des garde-fous mais ne limitent pas les créances sur des sinistres clients.

Cette singularité explique d'ailleurs en partie l'existence d'un contrôle très sévère de l'Administration au travers de critères tels que la marge de solvabilité qui va comparer notamment une

espérance mathématique de réalisation de sinistres avec des primes perçues et des capitaux employés. La directive Solvabilité II entrée en application le 1er janvier 2016 dans le droit français (Ord. no 2015-378, 2 avr. 2015 ; D. no 2015-513, 7 mai 2015, pris pour l'application de l'ordonnance) est encore plus contraignante pour les opérateurs d'assurance et filet de réassurance. Elle introduit des notions strictes de proportionnalité entre les capitaux propres et les expositions des compagnies.

Néanmoins, la puissance actuelle des systèmes d'information et des bases de données permet maintenant à des assureurs d'une certaine taille de s'affranchir partiellement ou totalement d'une approche mutualisée nationale et inter-compagnies :

- l'approche portefeuille est faite sur l'empreinte géographique de l'assureur ;
- les paramètres de tarification sont propres à l'assureur et non issus strictement du TRE.

• L'approche portefeuille

Elle est basée sur la supposition que pour une activité donnée :

- rien ne ressemble plus à une usine en France qu'une usine aux Japon ou aux USA ;
- le raisonnement est identique pour la sinistralité hors événements naturels ;
- modulo quelques paramètres de prévention/protection inhérents à des zones géographiques ou économiques de moindre maturité.

Les compagnies ont la capacité de centraliser et de consolider les informations issues du portefeuille de leurs différentes entités internationales : capitaux assurés ; sinistralité ; conditions d'assurance en cours ; coordonnées GPS ; activité ; matérialité des risques : nature des bâtiments, année de construction, classification selon les législations : ERP, ICPE, IGH,... ; liste et nature des éléments de prévention et de protection.

Les anglo-saxons utilisent l'acronyme COPE – Construction Occupancy Protection Exposure – pour désigner les éléments de

qualification d'un risque. Certains assureurs sont suffisamment « disciplinés » pour intégrer dans leurs bases, dès l'étude de souscription, les informations des dossiers qui leur sont soumis qu'il y ait réalisation de l'affaire ou non. De cette façon, la population statistique d'étude est largement augmentée par rapport au portefeuille propre. C'est évidemment une situation idéale ; la seule limite à l'extension de cette population est la capacité des souscripteurs d'intégrer exhaustivement et précisément les informations de toutes les affaires qui leur sont soumises.

- **Les paramètres de tarification**

On peut distinguer deux approches totalement complémentaires :

- méthode par expérience (« burning cost ») : basée sur la théorie des grands nombres, elle se base sur la sinistralité observée dans le passé comme reflet du comportement du portefeuille (Méthode des Moments). Donc on vise une espérance mathématique de sinistres par une moyenne empirique ;
- méthode par modélisation, tant pour les sinistres d'origine humaine « man-made » que pour les événements naturels : approche stochastique, méthode Monte-Carlo par exemple.

Les assureurs qui ont monté des systèmes de tarifications propres mixent les 2 méthodes afin de viser une meilleure efficience de la tarification alliant le développement commercial à une rentabilité à long terme. La réalité constatée sur le Marché est que les souscripteurs ont dans leur grande majorité une bonne connaissance de TRE et de ses principes, et ce même pour les plus jeunes d'entre eux. Pour les compagnies qui se sont progressivement éloignées de son usage, il demeure un ouvrage très structuré et très didactique.

- **Comment sont classées les bases de tarification ?**

Les bases de tarification des événements incendie, explosions, chute de la foudre, chute d'aéronefs, tempêtes, grêle, neige,

dommages autres que ceux d'incendie/explosion causés par des émeutes, mouvements populaires, actes de terrorisme et sabotage, dommages électriques, séismes, figurent en France dans le Traité des Risques d'Entreprise (TRE). Sont concernés aussi bien les dommages aux biens (bâtiments, matériel, marchandises) que les frais et pertes annexes (frais de déblais et démolition, honoraires d'experts, perte d'usage, etc.) et les responsabilités encourues. Ces bases tarifaires sont élaborées pour les risques industriels et commerciaux, c'est-à-dire les risques répertoriés dans les différentes familles, ainsi que ceux dont le contenu est supérieur à 150 fois la valeur en euros de l'indice RI, soit au 1er juillet 2021 : 942 000 euros. Les autres risques (habitation, professions libérales, commerce, artisanat, propriétés publiques, de bienfaisance, religieuses ou culturelles, petites entreprises non énoncées dans le traité des risques d'entreprise) relèvent du traité des risques simples. Nous n'étudierons ci-après que le traité des risques d'entreprise, considérant que le traité des risques simples reprend, sous une forme simplifiée, l'ensemble des éléments techniques y figurant. Les bases élaborées par des assureurs en alternative au TRE reprennent globalement les mêmes principes.

- **Qu'est-ce que le Traité des Risques d'Entreprises ?**

Le TRE 2009-2011, qui a succédé au précédent traité publié en 2004, est constitué de trois tomes, l'un est dédié aux Pertes d'Exploitations (Tome II) et paru en 2011, les 2 autres (Tome I et III), parus en 2009, sont consacrés au Risque Direct :

Tome I : les dispositions générales et les clauses communes correspondant aux incidences tarifaires de tous les facteurs d'aggravation et d'amélioration, par rapport à un risque standard, communs à tous les risques (construction, électricité, chauffage, moyens de secours, proximité de risques plus graves, etc.) ;

Tome III : la nomenclature analytique regroupant 124 rubriques, correspondant chacune à une activité industrielle ou commerciale, réparties en 11 fascicules. À chaque rubrique correspond un taux de prime pure ainsi que :

- le degré de danger de chacune des activités présentées dans la rubrique par rapport à l’ensemble des activités de la rubrique,
- les niveaux d’incidence tarifaires sanctionnant des aggravations ou des améliorations propres à chaque activité.

Ces fascicules sont les suivants : extraction et préparation de minéraux et minéraux divers, de combustibles minéraux solides, métallurgie ; production de matériaux de construction, industries des céramiques, industries du verre ; travail des métaux, industries électriques et électroniques, construction automobile, aéronautique et navale, carrosserie et réparation de véhicules en tout genre, garages et stations-service ; industries chimiques et parachimiques, transformation de matières plastiques et de caoutchouc ; industries textiles, bonneterie, confection de vêtements et autres articles textiles ; industries du papier et du carton, imprimeries, industries du cuir et du délainage ; industries du bois ; industries agro-alimentaires ; traitement des déchets urbains et industriels, production et distribution d’énergie ; autres risques d’entreprises ; services généraux et risques annexes concourant à l’exploitation de l’établissement assuré.

L’ensemble de ces dispositions doit permettre aux assureurs d’avoir une bonne approche tarifaire du taux qui, appliqué au capital retenu (ou assiette de prime), donnera le montant de la prime. Le tarif est ainsi fixé proportionnellement à la valeur, à la fréquence et à la gravité des risques :

- **proportionnellement à la valeur** : le taux s’applique au capital retenu et, si ce capital est insuffisant, la règle proportionnelle de capitaux est appelée à jouer ;
- **proportionnellement à la fréquence et à la gravité** : le taux qui a été déterminé en fonction de la fréquence et de l’intensité du risque est le véritable reflet de la gravité de ce risque.

Rappelons que cette nomenclature est française. Les assureurs internationaux structurent leurs propres bases de données en utilisant soit la classification NAICS (North American Industry Classification System) qui renvoie chaque activité vers un code à 5 ou 6 chiffres, soit la classification précédente SIC (Standard

Industrial Classification). Pour mémoire, avoir une codification unique d'une base de données permet d'aggrégérer et de consolider les données qu'elles que soient leur provenance.

• Comment sont établis les taux ?

Les taux sont établis à partir d'un taux de prime pure de chaque rubrique, c'est-à-dire à partir du rapport entre le montant total « sinistres réglés ou évalués » et afférent à des incendies survenus au cours de l'exercice et le montant total des capitaux acquis à l'exercice (ou assiettes de primes de l'exercice). On obtient ainsi le taux idéal qu'il convient d'appliquer pour atteindre l'équilibre dans chaque rubrique.

Le tarif des risques industriels du TRE 2009-2011 qui a succédé à la version 1990, révisée en 1996 puis en 2004 s'appuie sur deux modifications essentielles :

- l'architecture des rubriques s'inspire du plan statistique européen qui compte 200 rubriques principales (plan établi par le comité européen des assurances). Le TRE compte 124 classes d'activité ou rubriques (contre 363, puis 146 auparavant) qui sont également regroupées statistiquement au sein de familles présentant des analogies quant à leurs procédés de fabrication ou techniques de mise en œuvre ;
- l'application de la théorie de la crédibilité qui, partant des regroupements de rubriques au sein d'une même famille permet d'obtenir une mutualisation de la charge des grands sinistres sur une population beaucoup plus homogène. Le taux de prime ainsi obtenu est la résultante de deux éléments qui traduisent la sinistralité propre de la rubrique et la sinistralité de la famille industrielle à laquelle appartient la rubrique.

Enfin, alors que les tarifs antérieurs à 1990 indiquaient des taux de prime commerciale, c'est-à-dire comprenant les frais généraux de l'assureur, les commissions des intermédiaires, le bénéfice technique qui inclut le pourcentage de prime nécessaire au maintien de la marge de solvabilité (l'ensemble étant aussi appelé

chargement) :

- le TRE 1990 (révisé en 1996 et 2004) définit des taux en prime pure pour chaque activité d'une rubrique, chaque société d'assurance « chargeant » les taux en fonction de ses impératifs. Depuis 1990, les bases de données se sont enrichies et permettent ainsi « d'ajuster » les taux de primes pures ;
- Le TRE 2009 définit des taux en prime pure pour une rubrique (et non plus pour chaque activité de la rubrique), concession au droit communautaire (v. ci-dessous).

- **La conformité de TRE aux exigences du droit communautaire**

Sur un plan juridique, le tarif des risques industriels dans le cadre d'un accord conclu en 1944 (modifié en 1945 et 1949) constituait un véritable « engagement syndical », les compagnies étant tenues d'en respecter les modalités. Cette disposition a permis par exemple au 1er janvier 1973, alors que les résultats statistiques déplorables des trois exercices précédents avaient déprimé le marché, de majorer toutes les primes de 20 % sans que l'on puisse constater une seule défaillance dans le dispositif. Dans le cadre national de la liberté des prix pour les activités de services, instaurée au 1er janvier 1979, il est apparu que la concurrence, corollaire de la liberté des prix, était pour le moins gênée par l'engagement syndical. Une circulaire du 10 mars 1979 (JO 11 mars), émanant du ministre de l'Économie et des Finances, René Monory, supprimait sans ambiguïté cette disposition. Le précédent TRE, sorti en juillet 1990, date de l'entrée en vigueur de la liberté de prestations de services pour les grands risques, est le fruit d'une très large concertation avec les différents partenaires (syndicats d'agents généraux, courtiers, groupements d'assurés...). Notifié à la Commission des Communautés européennes, il avait été déclaré « conforme à la jurisprudence de la Commission et de la Cour de justice des Communautés européennes » (DG IV – Direction générale de la concurrence). Cette décision avait été confirmée par le règlement d'exemption vis-à-vis de l'article 85 du Traité de Rome (Règl. comm. CEE no 3932/92, 21 déc. 1992, JOCE 31 déc. 1992,

no L 398) qui admet l'établissement en commun de tarifs basés sur des données collectives, ainsi que la coopération entre assureurs sur différents aspects techniques, sous réserve toutefois que les recommandations en résultant n'aient qu'une simple valeur de référence.

La concurrence peut donc parfaitement s'exercer à deux niveaux : écart avec le tarif de référence résultant d'une appréciation différente du type de risque rencontré (prime pure) ; fixation au-delà de la prime pure d'un chargement reflétant les performances de l'assureur en matière de gestion et éventuellement de l'intermédiaire (agent ou courtier) au niveau de sa rémunération. Ce règlement d'exception, renouvelé une fois en 2003, n'a pas été reconduit dans son intégralité au 31/03/2010. Seuls l'échange d'informations à des fins statistiques et la constitution de pools continuaient à bénéficier du régime. Les conditions d'assurance-type ainsi que les équipements de protection ne bénéficiant plus de l'exemption, sacrifiés sur l'autel du droit de la concurrence. Ce nouvel environnement avait été anticipé et pris en compte dans la rédaction du TRE 2009 de la façon ci-dessous. Le TRE 2004 prévoyait un taux de prime pure pour chaque activité. Le TRE 2009 prévoit : un taux de prime pure constaté sur la période 1990-2005 pour l'ensemble de la rubrique (qui comprend de nombreuses activités) ; chaque activité de la rubrique se voit affectée d'un degré de danger par rapport à l'ensemble des activités de la rubrique. Ce degré de danger doit permettre à la compagnie d'assurance d'estimer le taux affecté à l'activité.

Tableau des degrés de danger	
Classe de danger	Degré de danger de l'activité par rapport à l'ensemble des activités de la rubrique
-F	entièrement négatif
-E	très fortement négatif
-D	fortement négatif
-C	négatif
-B	faiblement négatif
-A	très faiblement négatif
-R	à risques négatifs
-B	très faiblement négatif
-A	faiblement négatif
-R	à risques négatifs
-B	très faiblement négatif
-A	faiblement négatif
-R	à risques négatifs
-B	très faiblement négatif

Source : FFSA - Tableau des risques d'entreprise

Le TRE 2004 prévoyait des pourcentages de majorations et de réductions, qu'ils soient directement liés à l'activité ou aux éléments de prévention/protection. Le TRE 2009 ne donne plus de pourcentage, mais des classes d'incidence tarifaire (facteurs d'aggravation/facteurs d'amélioration) qui sont supposées orienter les compagnies d'assurance vers les majorations et rabais à appliquer.

Tableau de l'incidence tarifaire des facteurs d'amélioration et d'aggravation

Classe d'incidence		Incidence
Facteurs d'aggravation	Facteurs d'amélioration	
→	→	Aucune
1↗	1↘	Extrêmement faible
2↗	2↘	Très faible
3↗	3↘	Faible
4↗	4↘	Moyenne
5↗	5↘	Forte
6↗	6↘	Très forte
7↗	7↘	Extrêmement forte

(Source : IPMA – *Guide des risques d'entreprise*)

• Quelle évolution à court terme du TRE ?

Les modifications du TRE sur les 30 dernières années ont en nature plus relevées d'évolutions que de révolutions. Il est certain qu'il perdurera encore de nombreuses années, mais pourrait faire l'objet de modifications dans les deux prochaines années : la « nouvelle » version datait de 1990, la refonte de 2004 (actualisée en 2010) ; donc un rythme de 15 ans. On peut anticiper que ces changements porteront sur :

- la revue de certaines activités, à la fois pour suivre l'évolution technologique des procédés et la sinistralité afférente : industrie de la collecte et du traitement des déchets, production d'énergie

éolienne, industrie agro-alimentaire ;

– l'actualisation de différents paramètres liés à la matérialité du risque :

- * des modes de chauffage ont disparu,
- * des nouveaux éléments de construction se sont développés comme par exemple le déploiement de panneaux solaires en toiture,
- * de la mise à niveau des standards et évolution des équipements de sécurité,
- * de la modernisation et l'intérêt marqué à la prévention/protection qui fait que certaines installations qui étaient considérées il y a 15 ans comme étant au plus haut degré de sophistication sont maintenant simplement au standard,
- * de nouveaux équipements sont apparus, avec plus de sensibilité et d'interconnectivité.

• **Dans quelle mesure l'assuré doit-il déclarer le risque ?**

Tout contrat d'assurance est établi sur la base de la déclaration du risque faite par l'assuré lorsqu'il remplit la proposition d'assurance. Quelle que soit la nature du contrat souscrit, cette déclaration détermine l'appréciation du risque par l'assureur, lui permettant de fixer le coût et les conditions de l'assurance (nature du marché, usage et valeur des biens assurés, surfaces construites, activités de l'assuré...). Elle est donc d'une importance capitale.

Toute modification du risque ainsi déclaré, intervenant après la souscription du contrat, doit être signalée à l'assureur, afin de lui permettre d'adapter ses conditions et modalités de garantie au nouveau risque. Une déclaration erronée peut avoir des conséquences très préjudiciables pour l'assuré.

Une activité non déclarée à la souscription ou en cours de contrat entraîne une absence de garantie d'assurance.

- **Quelles sont les conséquences d'une déclaration erronée ?**

Si cette fausse déclaration est intentionnelle (assuré de mauvaise foi), la sanction sera toujours la nullité du contrat d'assurance. Cette sanction peut être lourde de conséquences si elle intervient à la suite d'un sinistre, puisque celui-ci ne sera pas indemnisé (Code des assurances art. L.113-8).

Si cette fausse déclaration n'est pas intentionnelle (erreur ou omission d'un assuré de bonne foi), la sanction est différente selon le moment où l'assureur la découvre. (Code des assurances art. L.113-9).

Lorsque cette découverte a lieu en dehors d'un sinistre, l'assureur a le choix entre la résiliation du contrat (quand le risque lui paraît inassurable), ou la proposition de conditions de garantie adaptées au risque réel.

Lorsque cette déclaration erronée est découverte à l'occasion d'un sinistre, notamment lors d'une expertise, la sanction consistera généralement en l'application d'une règle proportionnelle lors de l'indemnisation du sinistre.

- **Quelles règles s'appliquent ?**

Il existe deux sortes de règles proportionnelles, aboutissant à une réduction de l'indemnité versée par l'assureur :

- La règle proportionnelle de prime
- Et la règle proportionnelle de capitaux.

- **La règle proportionnelle de prime**

Elle est appliquée lorsque la cotisation payée par l'assuré est inférieure à celle qui aurait dû l'être si le risque avait été correctement déclaré. Dans ce cas, l'indemnité versée par l'assureur sera réduite en proportion de la différence entre les deux cotisations.

- **Exemple**

Cotisation payée : 152€

Cotisation qui aurait dû être payée : 228€

Montant du sinistre : 3 800€

Montant de l'indemnité : $3\ 800 \times 152/228 = 2\ 533,30\text{€}$

Dans cet exemple, la part demeurant à la charge de l'assuré est donc de 1 266,70€.

La réduction de l'indemnité issue de la règle proportionnelle de primes est opposable à l'assuré ainsi qu'au tiers lésé dans les assurances de responsabilité.

- **La règle proportionnelle de capitaux**

Elle est appliquée pour les assurances de biens, lorsque la valeur assurée est inférieure à la valeur effective du bien au jour du sinistre. Dans ce cas, l'indemnité versée est réduite en proportion de la différence existant entre les deux valeurs.

- **Exemple**

Valeur assurée : 12 000€

Valeur effective qui aurait dû être assurée au jour du sinistre : 15 000€

Montant du sinistre : 9 000€

Montant de l'indemnité : montant du sinistre x valeur assurée / valeur qui aurait dû être assurée soit $9\ 000 \times 12.000 / 15\ 000 = 7\ 200\text{€}$

Dans cet exemple, la part demeurant à la charge de l'assuré est donc de 1 800€.

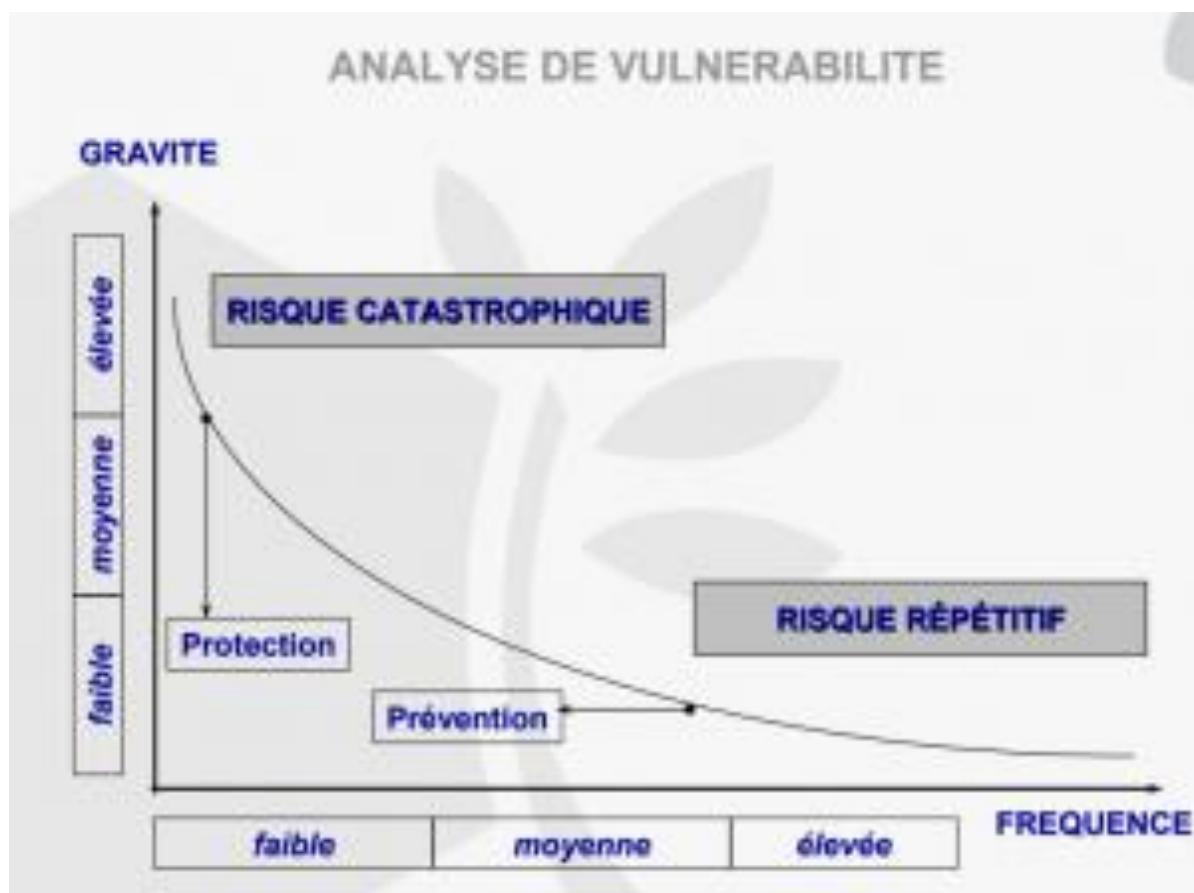
Bien entendu, si le sinistre est total, l'indemnité réellement versée ne sera pas de 15 000 €, mais seulement de 12 000€ ($15\ 000 \times 12\ 000 / 15\ 000 = 12\ 000$).

- **Quelques conseils pratiques**

Il est donc important de veiller à l'exactitude des éléments déclarés à la souscription, que ce soit dans la demande d'assurance ou dans les lettres d'offres, et de vérifier régulièrement qu'ils n'ont subi aucune modification du risque (à signaler immédiatement à l'assureur).

- **Qu'est-ce que l'analyse de vulnérabilité que l'assureur peut mener ?**

Voici un graphique pour mieux visualiser l'analyse de vulnérabilité



- **Qui mène cette analyse et de quelle manière ?**

Cette évaluation est faite par un représentant de l'assureur (voire un réassureur) et/ou du courtier dans le cadre d'audits détaillés des sites assurés et des garanties d'assurance.

On peut choisir de réaliser cette analyse AVANT la souscription ou le renouvellement du contrat d'assurance. Dans ce cas, elle permet d'évaluer l'engagement financier des assureurs et de mieux cerner la portée du contrat. En effet, les garanties sont accordées dans la mesure où le risque de survenance d'un sinistre est suffisamment maîtrisé pour être mutualisé.

Mais à contrario on peut également opter pour conduire cette analyse de vulnérabilité PENDANT la durée dudit contrat. Dans ce cas-là, cette dernière intervient pour suivre l'évolution des risques, c'est-à-dire l'évolution de l'engagement financier suite aux diverses modifications. De plus, elle va permettre d'apporter à l'assuré une aide dans la mise en place des mesures de prévention et de protection visant à réduire l'impact d'un dommage.

- **Sur quoi est fondée l'approche financière ?**

L'approche financière est fondée sur une approche technique des risques en termes d'évaluation de la criticité.

La criticité englobe deux notions fondamentales :
La gravité et la fréquence.

La gravité sera d'autant plus importante que l'évènement concerne une zone dangereuse et/ou un point névralgique du site ou du groupe et que les mesures de protection sont inexistantes ou mal adaptées.

Quant à la fréquence, elle sera d'autant plus grande que les faits générateurs n'ont pas été pris en compte et/ou que les mesures de prévention n'ont pas été prises ou sont aussi mal adaptées.

- **Que faut-il évaluer ?**

Pour chacune des garanties, il convient de prendre en compte :

- **Les faits générateurs** : pour rappel, il s'agit de faits ou de causes qui peuvent être à l'origine d'un sinistre. Leur identification permet de définir la probabilité d'occurrence d'un sinistre.

- **Les points dangereux** : il peut s'agir ici d'installations, d'équipements, d'activités (dans le site ou le voisinage du site) où un dommage peut survenir suite à un fait génératrice dont les conséquences seront graves pour les hommes, les biens, l'activité ou encore l'environnement de l'entreprise.
- **Les points névralgiques** : il s'agit d'installations, d'équipements ou d'activité du site dont la défaillance ou dégradation suite à un sinistre peuvent engendrer une interruption, dont la durée sera fonction de la gravité du sinistre, ou une cessation d'activité de l'entreprise ou un dommage indirect consécutif grave. Leur identification va permettre de définir la priorité de mise en œuvre des mesures de protection.
- **Le Sinistre Maximum Possible** : dans le cas de l'incendie il est estimé en considérant que :
 - * Les circonstances les plus défavorables sont réunies
 - * Le sinistre est peu ou mal combattu
 - * Il ne s'arrête qu'en cas d'obstacles infranchissable (mur coupe-feu par exemple)Le montant correspond à la valeur maximale exposée du contenu et du contenant. Pour ce type de risque, il n'est pas tenu compte des effets domino possibles. C'est le montant qui va servir de base à la prise de part dans le programme d'assurance et de réassurance.
- **Les mesures de prévention pour limiter l'occurrence (la fréquence) d'un dommage**, en évitant dans le cas de l'incendie par exemple la conjonction des 3 éléments du triangle du feu : limiter les faits générateurs, isoler les points dangereux, organiser la sécurité.
- **Les mesures de protection pour diminuer les conséquences (la gravité) d'un dommage**, en éliminant ou diminuant l'un des 3 éléments du triangle du feu : isoler le combustible : barrières coupe-feu, éliminer le comburant : étouffement (extinction gaz), réduire l'énergie : refroidissement (extinction eau), désenfumage, ... et organiser l'intervention.

Les différents types de contrats

Les risques	Les assurances
Les bâtiments peuvent être endommagés par un incendie, une explosion, un dégât des eaux, la tempête, la grêle, le poids de la neige sur les toitures, une catastrophe naturelle, un acte de terrorisme, ou à l'occasion d'un cambriolage ou d'une tentative de vol.	<p>Assurance multirisques</p> <p>Elle regroupe l'ensemble des garanties appropriées à l'activité de l'entreprise. Toutefois, dans certains cas spécifiques, l'assureur propose la souscription de contrats séparés.</p> <p>Les risques d'incendie, de vol et d'inondation peuvent être réduits avec la mise en place de moyens de prévention et de protection.</p>
Le mobilier et le matériel professionnels ainsi que le mobilier personnel (meubles et objets) sont exposés aux mêmes risques que les bâtiments.	<p>Assurance multirisques</p>
L'activité de l'entreprise est arrêtée à la suite d'un incendie, d'une explosion, du bris d'une machine, d'un dommage électrique, d'un dégât des eaux, d'une tempête ou d'une catastrophe naturelle, d'un acte de vandalisme, de terrorisme ou de sabotage, d'une émeute ou d'un mouvement populaire.	<p>Assurance des pertes d'exploitation</p> <p>Elle permet la prise en charge des conséquences financières de l'arrêt de l'activité (perte de la marge brute, frais supplémentaires...).</p>

Les risques	Les assurances
Le matériel est aussi exposé au bris accidentel et aux dommages d'origine électrique.	<p>Extension de garantie de l'assurance multirisques ou contrat bris de machine</p>
Le matériel informatique est endommagé.	<p>Garantie complémentaire de l'assurance multirisques ou contrat spécifique</p>
Le matériel a été confié à l'entreprise pour vente ou réparation.	<p>Assurance responsabilité civile objets confiés</p>
Le matériel est loué ou en crédit-bail.	<p>Assurance multirisques ou bris de machine</p> <p>Les garanties doivent être adaptées en fonction des dispositions du contrat de location ou de crédit-bail.</p>
Les marchandises peuvent être volées.	<p>Assurance multirisques ou contrat séparé</p> <p>Le risque vol peut être limité, voire évité, en adoptant des mesures de prévention ou de protection efficaces adaptées à la configuration des locaux et au degré de convoitise des marchandises qu'ils contiennent.</p>
Le transport de marchandises.	<p>Assurances multirisques ou assurances spéciales adaptées au mode de transport utilisé</p>
Les espèces sont volées en coffre ou au cours d'un transport de fonds.	<p>Assurance multirisques ou contrat vol séparé</p>
Les archives (fichiers, modèles, moules...), supports d'information et fichiers informatiques sont détruits à la suite d'un accident ou d'un acte de malveillance.	<p>Assurance multirisques ou assurance des risques informatiques</p>
Les systèmes d'information, fichiers ou données informatiques sont altérés à la suite d'un acte de malveillance ou d'une erreur humaine.	<p>Assurance cyber</p>
Les véhicules utilisés par l'entreprise sont endommagés lors d'un accident ou par un incendie, ou volés. Ils servent au transport de marchandises.	<p>Assurances automobile</p> <p>Garanties de dommages : incendie, vol, dommages collision ou tous accidents.</p> <p>Extension à prévoir pour garantir les marchandises.</p>

L'assurance automobile / L'assurance automobile et ses obligations

• Qu'est-ce que l'assurance automobile ?

L'assurance de la responsabilité civile du fait de la circulation des véhicules terrestres à moteur est, depuis la loi du 27 février 1958, une obligation légale pour tout conducteur qui souhaite pouvoir circuler sur le territoire français.

L'assurance automobile a pour principale fonction de prévoir l'indemnisation des dommages pouvant être causés à un tiers par un conducteur et/ou l'un de ses passagers. Elle permet de couvrir les frais engendrés lors de blessures causées à un individu, comme par exemple les frais de prise en charge hospitalière, et en cas de dégâts matériels sur d'autres véhicules, mais aussi sur des biens immobiliers.

En France, la conduite d'un véhicule non assuré constitue un délit répréhensible par la loi. Il peut entraîner, une mise en fourrière du véhicule concerné par l'infraction, une amende de 3750€, et selon les circonstances une suspension de permis de conduire jusqu'à 3 ans.

L'assurance automobile a connu des évolutions puisque plusieurs évolutions législatives se sont produites jusqu'à aujourd'hui et ont modifié le fonctionnement de la règle applicable à l'assurance automobile :

- **La loi Badinter en 1985:** elle a pour objectif de faciliter et accélérer la procédure d'indemnisations des victimes d'accidents de la route,
- **La loi Châtel de 2008:** les assureurs ont l'obligation d'informer les consommateurs de la reconduction tacite du contrat au plus tôt 3 mois avant et au plus tard 1 mois avant la date de fin de contrat,
- **La loi Hamon en 2014:** les consommateurs ont désormais le droit de résilier gratuitement et sans justification leur contrat à la date de leur choix après un an d'engagement.

- **Quelles sont les obligations de l'assuré envers son assureur ?**

Lorsque le client signe un contrat d'assurance auto, il s'engage auprès de sa compagnie d'assurance auto à respecter certaines obligations.

Outre l'obligation préliminaire du client consistant à donner à son assureur auto des informations réelles sur sa situation afin que l'assureur puisse établir le niveau de risques qu'il lui présente et ainsi, fixer un prix d'assurance auto, d'autres obligations le lient pendant toute la durée du contrat.

Les informations que le client donne à son assureur doivent être exactes. Une fausse déclaration ou une omission peut avoir de lourdes conséquences et est considérée comme une escroquerie. En effet, les indemnités que le client aurait dues toucher peuvent être réduites et il pourrait devoir indemniser lui-même en partie les victimes en cas d'accident. Si une déclaration de mauvaise foi est constatée, le contrat peut être déclaré caduc : l'assurance n'interviendra pas pour l'indemniser, mais elle aura le droit de conserver les cotisations déjà versées.

Le client doit déclarer l'aggravation des risques. Donc si, au cours de son contrat d'assurance, il se trouvait qu'un événement modifie les risques déclarés lors de la souscription en les aggravant, il a l'obligation de le signaler à son assureur dans les 15 jours après connaissance de l'aggravation des risques et ce, par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le client a également l'obligation de payer la prime d'assurance auto. En effet, après réception de l'avis d'échéance envoyé par l'assureur, l'assuré doit régler la prime d'assurance auto. Si le client ne paie pas sa prime d'assurance dans les 10 jours qui suivent la date d'échéance du contrat, l'assureur lui fait parvenir une lettre de mise en demeure après réception de laquelle, il dispose d'un mois pour payer sa prime. Pendant cette période, il reste couvert par les garanties du contrat, qui sont suspendues passé le délai d'un mois.

Dernièrement, selon l’Article L113-2 du Code des assurances, l’assuré a l’obligation «de donner avis à l’assureur, dès qu’il en a eu connaissance et au plus tard dans le délai fixé par le contrat, de tout sinistre de nature à entraîner la garantie de l’assureur ».

Cet article signifie que dans la mesure où la garantie du contrat d’assurance ne joue pas, l’assuré n’est pas tenu de déclarer un sinistre. Un risque exclu du champ d’application de la couverture d’assurance n’a pas à être déclaré.

- **Quelles sont les 2 obligations premières de l’assureur ?**

En droit civil, un contrat oblige les deux parties contractantes. Chacune des parties doit en effet respecter les obligations découlant du contrat. Certaines de ces obligations sont librement, conjointement et réciproquement définies. D’autres sont imposées par la loi. C’est le cas de l’obligation d’information et de conseil de l’assureur. Le Code des assurances et la jurisprudence imposent deux grandes obligations à l’assureur envers l’assuré :

- L’obligation d’information
- Le devoir de conseil.

La notion de « devoir de conseil » est mal définie et n’apparaît pas dans les textes de loi. Elle est donc le fruit de la jurisprudence (arrêt de la Cour de Cassation du 10 novembre 1964). Le devoir de conseil trouve son origine dans l’inégalité de compétence existant entre le professionnel (l’assureur) et le client. L’assureur doit être à même de conseiller son client, dans l’intérêt du client. L’obligation d’information est quant à elle définie dans l’article L 112-2 du Code des assurances. Cet article dispose notamment que « l’assureur doit obligatoirement fournir une fiche d’information sur le prix et les garanties avant la conclusion du contrat etc. ».

L’assureur a une obligation d’information et doit remettre à l’assuré une proposition d’assurance. Elle comprend les éléments suivants :

- Exemplaire du projet de contrat,
- Fiche d’information sur les tarifs, les garanties, la durée du contrat

et les conditions de paiement,
– Notice d'information détaillée.

Les documents doivent être clairs et rédigés en caractère apparent.

Ils renseignent très précisément sur les points suivants :

- Les limites de garanties (par exemple : la liste des risques non couverts),
- La loi applicable et les instances compétentes en cas de litige,
- Le déclenchement de la garantie pour les contrats de responsabilité (par le fait dommageable ou par réclamation).

Si la proposition d'assurance convient à l'assuré, il doit la signer et la remettre avec les documents complémentaires à l'assureur. Une fois que la proposition signée parvient à l'assureur, le contrat est formé et le client ne peut plus revenir sur sa décision. Une fois le contrat signé, l'assureur transmet une attestation ainsi qu'un certificat d'assurance à afficher sur le véhicule assuré.

L'assureur a un devoir de conseil. En effet, ce dernier est un expert de l'assurance, il est donc le mieux placé pour guider l'assuré dans le choix des garanties par rapport à ses attentes. L'assureur doit ainsi :

- Cerner ses attentes en matière de garanties
- Expliquer la portée et les limites de chaque garantie présente au contrat (en explicitant par exemple les exclusions de garanties)
- Le guider dans le choix des garanties selon ses besoins

L'assurance automobile / Jurisprudence arrêt de la Cour de cassation du 10 novembre 1964

• Quel est le résumé de l'arrêt ?

En constatant qu'un courtier d'assurance, chargé à intervalles réguliers par un garagiste de vérifier sa situation vis-à-vis de son assureur, lui avait écrit que le contrat était en règle en ce qui concernait les véhicules circulant sous sa responsabilité, une Cour d'appel peut retenir à l'encontre de ce courtier l'existence d'une faute dans l'exercice de son mandat, dès lors que par le jeu d'une clause d'exclusion de la police, le garagiste n'a pu obtenir le remboursement des dommages-intérêts mis à sa charge pour les dégâts causés au véhicule d'un client, entreposé dans le garage, par un autre véhicule conduit par un de ses préposés.

• Quels sont les faits ?

Le garage « X » a dû verser la somme de 2828.60 francs, à un de ses clients dont la voiture entreposée dans son garage avait été accidentée par un autre véhicule conduit par un de ses préposés, dont le garage « X » n'avait pu obtenir le remboursement par son assureur, la compagnie « MOLIERE », la police d'assurance excluant les dommages éprouvés par les véhicules mis en circulation par l'assuré et d'une manière générale par les véhicules et tous autres objets confiés ou placés sous sa garde.

Le garage « X » avait à intervalles réguliers demandé à son courtier d'assurance, la société « YOU », de vérifier sa situation vis-à-vis de la société « MOLIERE », et relevé que dans la lettre du 20 novembre 1956 le courtier avait écrit au garage « X » que le contrat était en règle en ce qui concerne les véhicules circulant sous sa responsabilité.

La société « YOU » était chargée par le garage « X » de procéder à la vérification de sa police, et lui avait écrit le 20 novembre 1956

qu'en ce qui concernait les véhicules circulant sous sa responsabilité le contrat était absolument en règle.

- **Qu'en retenir ?**

Le devoir de conseil est propre à chaque individu (ou à chaque groupe d'individus). Il va plus loin car il débouche, finalement, sur une recommandation quant au choix du produit. Pour l'assureur, il s'agit d'une obligation de moyen renforcée, par laquelle il s'engage implicitement à tout mettre en œuvre pour servir au mieux les intérêts de son client. Cet arrêt pose le principe du devoir de conseil en précisant que « le courtier doit être un guide sûr et un conseiller expérimenté ».

L'assurance automobile / Qu'apporte la Directive sur la Distribution D'assurance (DDA) ?

- **Quel est le contexte et le champ d'application de la DDA ?**

La directive sur la distribution d'assurances (DDA), également appelée « IDD » pour Insurance Distribution Directive, prend la suite de la directive sur l'intermédiation en assurance (DIA1). La DDA s'inscrit dans une démarche d'uniformisation de la réglementation de la distribution des produits d'assurance en Europe afin de garantir une protection homogène des souscripteurs des contrats d'assurance dans leurs relations avec les distributeurs d'assurances. En vue de renforcer la transparence dans la distribution des produits d'assurance, cette réglementation modifie en profondeur les pratiques commerciales des professionnels de l'assurance en créant de nouvelles obligations pour renforcer la protection des souscripteurs. Cependant certaines pratiques commerciales restent tolérées.

La directive s'applique à tous les distributeurs de produits d'assurance à savoir les organismes d'assurance, leurs commerciaux salariés, certains comparateurs ainsi que les intermédiaires d'assurance (courtiers, agents généraux, mandataire et mandataires d'intermédiaires) mais aussi les intermédiaires à titre accessoire répondant aux conditions d'exemption. La directive concerne tous les types de contrats d'assurance exceptés ceux couvrant les grands risques ainsi que tous les modes de distribution (vente à distance, vente directe).

Schéma de l'évolution de la DDA :



• Quels sont les 4 impacts de la DDA ?

Depuis le 1er octobre 2018, quatre points principaux de la directive sont mis en œuvre. Il s'agit de :

- **L'introduction de la surveillance et gouvernance produit** (Product Oversight and Governance – « POG »). Ce nouveau dispositif oblige les assureurs à vérifier que les produits qu'ils conçoivent et éventuellement qu'ils distribuent sont conformes à l'intérêt et aux besoins de leurs clients. En pratique, la DDA exige qu'une stratégie de distribution soit décrite pour chaque produit d'assurance, qu'elle corresponde à un marché cible prédéfini, et que le choix de réseaux de vente soit adapté afin de s'assurer que le produit soit effectivement distribué auprès du marché cible.
- **Le renforcement du devoir de conseil.** La directive renforce la standardisation de l'information précontractuelle et la traçabilité du conseil donné. Les assureurs devront remettre à leurs intermédiaires les documents d'information produit requis:
 - * L' « IPID » (Insurance Product Information Document), document d'information précontractuel destiné à informer le client pour les produits d'assurance non vie,
 - * Le « KID » (Key Information Document) pour les produits d'investissement fondés sur l'assurance, (document issu du règlement PRIIPS).

Concrètement, le distributeur de produit d'assurance doit prodiguer un conseil a minima au consommateur en proposant un contrat en adéquation avec les exigences et les besoins du souscripteur. Cependant, la recommandation personnalisée, qui consiste à expliquer au souscripteur pourquoi le produit proposé correspond le

mieux à ses besoins, devient facultative alors qu'elle est obligatoire en droit français.

- **La prévention des conflits d'intérêts et l'encadrement de la rémunération des intermédiaires.** La DDA instaure des règles de conduite destinées à prévenir les conflits d'intérêts lors de la commercialisation des produits. Elle introduit également plus de transparence pour le client en matière de rémunération des distributeurs et celles de leurs salariés commerciaux.
- **La formation des réseaux commerciaux.** La directive impose depuis février 2019 de mettre en place une formation qui peut être certifiante de 15h/an pour le personnel de vente et les responsables commerciaux.

• Impact de la DDA au niveau européen

Ainsi donc, la DDA abroge la Directive sur l'intermédiation en assurance (DIA). Elle est une Directive d'harmonisation minimale. En d'autres termes les Etats membres ne peuvent aller en deçà de ce que prévoit la Directive. Cependant, ils peuvent introduire des mesures supplémentaires s'ils le jugent nécessaire. Cela afin d'assurer la protection des consommateurs sur leur marché. Légalement, les intermédiaires d'assurance avaient jusqu'en février 2019 pour se conformer aux dispositions de la DDA.

Concrètement, son application implique une évolution structurelle des entreprises de distribution d'assurance : stratégie, organisation, systèmes d'information, processus, etc. La mise en conformité avec la DDA est donc une opportunité de repenser nombre d'aspects de la distribution.

En termes de marketing, l'impact sur les processus de création des offres est significatif. Il l'est également dans le suivi des offres. L'exigence de fournir la preuve de l'analyse des besoins clients révolutionne la distribution.

La DDA impacte également fortement la distribution. En effet, elle modifie les processus de vente en intégrant les dimensions

d'information et de conseil. De plus, cette obligation d'information reste valable sur l'ensemble du cycle de vie des produits.

Sur le plan éthique, le secteur de l'assurance gagne en respectabilité. En effet, transparence et prévention sont deux maîtres mots de cette directive. Étant transparent sur leur rémunération, les distributeurs montrent patte blanche. Leur activité dans la prévention, la détection et la gestion des conflits d'intérêt, prouve qu'ils sont au service du client.

En termes d'organisation, la DDA impacte sur la professionnalisation des distributeurs mais également sur la rédaction des documents et procédures. De ce point de vue-là, il y a indéniablement un avant et un après DDA.

Une conséquence de la DDA est la transformation digitale. En effet, les outils numériques deviendront nécessaires pour permettre aux courtiers de gagner un temps précieux : formulaires préremplis, outils de récupération automatiques, intégration de données des assureurs, etc.

Les outils digitaux deviendront également essentiels pour assurer la traçabilité des opérations et des conseils apportés aux clients. En effet, lors des contrôles menés par l'ACPR, les courtiers devront être en mesure de prouver qu'ils respectent la DDA, et donc qu'ils ont effectué les démarches obligatoires pour bien connaître leurs clients et leur proposer des produits adaptés. Seul l'emploi d'outils digitaux pourra permettre aux acteurs du secteur d'apporter cette preuve de manière simple, efficace et sécurisée.

L'assurance automobile / L'obligation d'indemniser

• Qu'est-ce que l'obligation d'indemniser ?

L'assureur a également une obligation d'indemniser. C'est évidemment l'une des conditions principales de l'assurance, et l'essence même du métier : l'indemnisation en cas de sinistre (article L113-5 du Code des assurances). Mais l'obligation d'indemnisation ne se fera que dans le cadre du contrat, c'est-à-dire selon les garanties souscrites.

En revanche, seule la garantie responsabilité civile, qui est obligatoire dans tous les contrats dommages, est une obligation systématique de l'assureur.

En ce qui concerne l'indemnisation du dommage matériel, toute société d'assurance tenue à un titre quelconque d'indemniser les dommages subis par un véhicule pour lequel le rapport d'expertise, établi par un expert dont le nom figure sur la liste nationale, fait apparaître que le montant des réparations est supérieur à la valeur avant sinistre doit proposer la cession du véhicule à son profit, sans déduire la valeur de sauvetage. Elle doit aviser l'autorité administrative compétente en lui adressant, dans le délai d'un mois à compter de la cession, une copie du rapport d'expertise détaillant, si le véhicule est techniquement réparable, les travaux à réaliser (C. route, art. L. 327-1). Bien entendu, si le véhicule a été considéré comme « gravement endommagé » par l'expert, il sera inutile d'adresser à la préfecture un rapport d'expertise, dans la mesure où l'expert aura déjà accompli cette formalité. Ensuite, ce véhicule ne peut être revendu qu'à un acheteur professionnel qui procédera à sa destruction ou qui récupérera les pièces détachées pour les revendre ou reconstruire un véhicule.

Le champ d'application est donc très large, puisqu'il concerne non seulement les assureurs garantissant le véhicule au titre d'une assurance de choses, mais également les assureurs de conducteurs responsables de la mise en épave de véhicules

adverses. Dans la plupart des cas, du fait de l'application des conventions professionnelles, l'assureur de responsabilité civile du propriétaire victime assume cette charge. Notons que des difficultés sont à envisager lorsque, le propriétaire ne bénéficiant que d'une garantie d'assurance de choses prévoyant une franchise importante et que sa faute réduit partiellement son indemnisation, l'assureur lui demande la cession du véhicule en ne lui en offrant qu'une partie du prix. Le champ d'application est également plus large que la procédure « véhicule gravement endommagé » puisque l'assureur peut être tenu au titre d'événements tels que le vol, l'incendie, les événements naturels, etc., exclus de la procédure « VGE ».

- **Dans quels cas indemniser des dommages matériels d'un véhicule ?**

Si votre client est victime d'un accident de la circulation quel que soit la formule choisie à la souscription du contrat, il a le droit à la réparation du préjudice subi et donc à l'indemnisation des dommages matériels de son véhicule.

En droit commun, suivant le principe de l'assurance de responsabilité, l'assureur du responsable d'un sinistre doit indemniser la victime. Comme l'indique l'article L211-9 du Code des Assurances : « l'assureur qui garantit la responsabilité civile du fait d'un véhicule terrestre à moteur est tenu de présenter à la victime une offre d'indemnité motivée. »

Mais, dans le cadre de la convention IRSA qui régit les rapports de la majorité des sociétés d'assurance françaises lors d'un accident avec dommages matériels, c'est le principe de l'indemnisation directe de l'assuré (IDA) qui est appliqué. C'est à dire que l'assureur de la victime (appelé « assureur direct ») procède lui-même à l'indemnisation, puis effectue un recours contre l'assureur du responsable. C'est donc l'assureur direct qui évalue les dommages et propose une offre d'indemnisation.

Cette convention IRSA n'est pas opposable à l'assuré victime qui ne l'a pas signée. Il peut donc en refuser l'application et traiter

directement avec l'assurance du responsable selon les règles du droit commun. C'est le principe du recours direct.

Pour les autres cas comme par exemple l'accident responsable, le vol ou tentative de vol, le bris de glace et autres, l'indemnisation des dommages matériels est en fonction des garanties choisies à la souscription du contrat.

Pour qu'une indemnité soit versée, il est nécessaire que la garantie correspondante aux dommages ait été souscrite : bris de glace, incendie / explosion, vol, « dommages collision » ou « dommages tous accidents ». Les formules « tiers simple » n'entraînent aucune indemnité de dommages au véhicule.

Si le client est responsable d'un accident de la circulation, il doit avoir souscrit à la garantie « dommages collision » ou « dommages tous accidents » pour bénéficier d'une indemnisation.

Sachant que s'il y a au moins une garantie dommage souscrite, alors l'assuré est automatiquement garanti pour les catastrophes naturelles (article L125-1 du Code des Assurances).

• Cas pratique sur le cas d'indemnisation

Monsieur Paul a assuré sa voiture auprès de sa compagnie d'assurance X. En début de semaine, il prend sa voiture pour se rendre à son travail et se fait rentrer dedans au feu rouge juste avant d'arriver à son bureau par Monsieur Jean.

Quelques heures plus tard il sort et réalise que les vitres de sa voiture sont brisées. Il se rend vite à sa voiture et constate qu'il lui manque le sac à dos que lui avait laissé sa femme.

Monsieur Paul est victime d'un accident de la circulation donc, quel que soit la formule choisie à la souscription du contrat, il a le droit à la réparation du préjudice subi et donc à l'indemnisation des dommages matériels de sa voiture.

Si l'assurance de Monsieur Paul est soumise à la convention IRSAN alors elle va procéder à l'indemnisation, puis effectue un recours contre l'assureur de Monsieur Jean.

Toutefois, Monsieur Paul n'a pas souscrit à la garantie « vol » et « bris de glace » et ne pourra donc pas bénéficier de l'indemnisation des dommages matériels de sa voiture.

L'assurance automobile / Le processus d'indemnisation

• Comment évaluer les dommages ?

Pour les dommages légers (par exemple : un bris de vitre), leur évaluation s'effectue le plus souvent de gré à gré entre l'assureur et son client. La procédure nécessite l'envoi par l'assuré d'un état estimatif des dommages et du coût prévisionnel de leur réparation. Cet envoi s'accompagne de documents justificatifs (photos notamment) pour prouver à l'assureur l'existence des dommages. Dans le cadre de dommages plus importants, leur évaluation s'effectue par voie d'expertise à l'initiative de l'assureur. Dans le cadre de la convention IRSA, les sociétés d'assurance sont dans l'obligation de mandater un expert si le montant HT des dommages est supérieur à 5 % du montant du plafond mentionné dans cette convention (6 500 € HT), soit 325 € HT.

L'expert, mandaté par l'assureur, se déplace sur le lieu de stationnement du véhicule sinistré afin de constater les dommages et estimer le montant de leur réparation. Il vérifie également la concordance entre les circonstances du sinistre décrites par l'assuré et les dommages constatés sur le véhicule.

Il n'y a pas de délai imposé par la loi pour la venue de l'expert, mais, dans les faits, l'expert est diligenté par l'assureur sous 7 à 10 jours.

Lors de sa mission, l'expert fait un rapport et détermine :

- Le coût des réparations et du remplacement des pièces détériorées, directement consécutif au sinistre garanti,
- La valeur du véhicule avant le sinistre,
- La durée d'immobilisation du véhicule,
- Si nécessaire, la valeur de sauvetage du véhicule après le sinistre.

Les montants sont évalués en prenant en compte la réparation et le changement des éléments endommagés, le prix des pièces et le temps de main d'œuvre. Les expertises à distance (vidéo) sont

recevables.

Dans son rapport, l'expert doit :

- Indiquer les points et sens du ou des chocs,
- Répartir le montant des réparations par point de choc constaté et, s'il y a lieu, celles qui ne sont pas imputables à l'accident, même si le véhicule n'est pas réparable,
- Préciser les pièces sur lesquelles une vétusté doit être appliquée et le taux correspondant.

Si l'assureur et son client sont en désaccord sur le montant des dommages, chacun désigne, à ses frais, un autre expert. Les deux experts procèdent ensemble à l'examen du véhicule. S'ils ne trouvent pas d'accord, les deux experts en désignent un troisième (ou le font désigner par le tribunal). C'est l'avis de ce troisième expert qui sera retenu au final. Les frais de cette dernière expertise sont partagés entre l'assureur et son client.

• **Comment procéder à l'offre d'indemnisation ?**

À l'aide du rapport d'expertise, la société d'assurance propose à son client une offre d'indemnisation. Pour les victimes, cette offre doit être adressée sous trois mois (article L211-9 du Code des Assurances).

Selon le principe indemnitaire (article L121-1 du Code des Assurances), l'assurance de dommages ne peut être une source d'enrichissement pour l'assuré. Celui-ci ne peut demander ou percevoir une indemnité d'un montant supérieur à la perte effectivement éprouvée par lui.

- Si le véhicule peut être réparé, l'offre d'indemnisation se limitera au montant des réparations, sous déduction des éventuelles franchises. Ce montant est versé TVA comprise (sauf si le bénéficiaire a la possibilité de récupérer cette taxe).
- Si le véhicule est techniquement ou économiquement irréparable, l'offre d'indemnisation par défaut correspondra à sa valeur de remplacement, toujours en déduction des éventuelles franchises.

Pour déterminer cette valeur, les assureurs se fient à la Valeur de Remplacement À Dire d'Expert (VRADE). Mais les tribunaux s'appuient plutôt sur la valeur vénale du véhicule sinistré, augmentée d'une somme pour tenir compte des aléas du marché de l'occasion et des frais de recherche d'un véhicule similaire.

La Valeur de Remplacement À Dire d'Expert tient compte d'un taux de vétusté applicable sur les pièces du véhicule soumises à usure. Ces pièces sont, par exemple, les pneumatiques, la capote de toit, la sellerie, l'échappement ou encore les freins.

De nombreux assureurs proposent aussi pour les véhicules récents, en inclusion ou en option, une majoration de la valeur de remplacement. Cette majoration peut consister en une indemnisation correspondante à la valeur d'achat initiale du véhicule (durant une période définie : 6, 12, 24, 48 mois après l'achat du véhicule neuf), ou une majoration de la Valeur de Remplacement À Dire d'Expert (+ 20, 30 ou 40 % selon l'ancienneté du véhicule).

En revanche, si le véhicule est jugé dangereux, un signalement est effectué par l'expert à la préfecture. Celle-ci notifie au propriétaire une interdiction de circuler, donner ou vendre le véhicule. Le certificat d'immatriculation fait l'objet d'un retrait. Ce retrait ne peut être levé que si l'expert établit un second rapport démontrant que les réparations de sécurité ont été réalisées.

- **Qu'en est-il du paiement de l'indemnité ?**

Dans le cadre d'un sinistre dommages (hors vol et catastrophes naturelles ou technologiques), une fois l'offre d'indemnisation acceptée par votre client (ou suite à une décision judiciaire exécutoire), le versement de l'indemnité est effectué sous 15 jours pour dénoncer la transaction.

Si l'assureur ne respecte pas ce délai, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au taux légal majoré de moitié durant deux mois puis, à l'expiration de ces deux mois, au double du taux légal.

Si le non-paiement fait suite non à la transaction mais à une

décision de justice exécutoire, même par provision, le taux de l'intérêt légal est majoré de 50 % à l'expiration d'un délai de deux mois et il est doublé à l'expiration d'un délai de quatre mois à compter du jour de la décision de justice, quand celle-ci est contradictoire et dans les autres cas, du jour de la notification de la décision.

Pour un sinistre catastrophes naturelles, l'indemnité est versée dans les 3 mois qui suivent la remise de l'état estimatif des pertes ou la date de publication de l'arrêté constatant l'état de catastrophe naturelle, si cette date est postérieure.

Pour un sinistre catastrophes technologiques, l'indemnité est versée dans les 3 mois qui suivent la remise de l'état estimatif des pertes ou la date de publication, lorsque celle-ci est postérieure, de la décision administrative prévue à l'article L128-1 du Code des Assurances.

Par ailleurs, un calendrier spécifique est prévu pour le vol d'un véhicule. En effet, en cas de vol du véhicule, une offre d'indemnité est présentée par l'assureur dans les 30 jours qui suivent la déclaration du vol et la remise des documents nécessaires à l'évaluation du préjudice. Le paiement a lieu dans les 10 jours qui suivent l'accord sur cette offre (ou la décision judiciaire exécutoire).

Par contre, si le véhicule est retrouvé dans ce délai de 30 jours, son propriétaire doit obligatoirement le reprendre. S'il est endommagé, l'assureur propose alors une offre d'indemnisation pour la réparation des dommages (en suivant la même procédure que pour les autres types de sinistre).

Si le véhicule est retrouvé au-delà de ce délai de 30 jours, l'assuré a le choix entre conserver l'indemnité (l'assureur devient alors propriétaire du véhicule) ou reprendre le véhicule en l'état s'il est déclaré réparable. Dans ce dernier cas, si l'assuré a déjà été indemnisé, il doit évidemment restituer l'indemnité reçue sous déduction des éventuels frais de remise en état.

L'assurance automobile / La Convention IRSA

• Qu'est-ce que la Convention IRSA ?

La Convention IRSA est la Convention d'Indemnisation directe de l'assuré et de Recours entre Sociétés d'assurance Automobile.

Signée par la plupart des sociétés d'assurance en France, elle est destinée à faciliter l'indemnisation des dommages matériels en cas d'accident de la circulation.

Créée en 1968 sous l'appellation Convention d'Indemnisation Directe des Assurés (IDA), elle voit ses prérogatives étendues et change de nom pour devenir la CGIRSA en 1977, puis IRSA en 2003 dans un souci d'harmonisation avec la convention IRCA (Indemnisation et Recours Corporel Automobile).

Cette convention s'applique aux accidents de la circulation survenus en France (métropolitaine et DOM). Ces accidents doivent impliquer au moins deux véhicules terrestres à moteur soumis à l'obligation d'assurance et assurés auprès de sociétés adhérentes. Elle s'applique également aux accidents survenus à l'étranger si les véhicules sont assurés auprès de sociétés adhérentes.

Le convention IRSA n'est aucunement opposable à l'assuré. Il s'agit seulement d'une convention entre assureurs permettant de faciliter et d'accélérer le traitement des sinistres en réduisant les frais de gestion. Cette convention n'a pas de valeur juridique devant les tribunaux qui s'appuient sur le droit commun (notamment les dispositions de la loi Badinter) et sa jurisprudence pour la résolution des litiges.

Le principe de base c'est l'indemnisation directe des assurés (IDA), par conséquent, après une évaluation des dommages réalisée obligatoirement par un expert, l'assureur indemnise son client en proportion de la responsabilité de l'automobiliste adverse (indépendamment d'une éventuelle garantie dommage au véhicule). La responsabilité est déterminée selon les règles du droit commun à partir du constat amiable et de toutes les pièces fournies permettant de comprendre les circonstances du sinistre.

Avec l'application de la convention IRSA pour le traitement du sinistre de votre client, c'est toujours vous, assureur, qui devez l'indemniser, même en cas de sinistre non responsable. Vous devez ensuite effectuer un recours conventionnel auprès de l'assureur adverse pour recevoir une indemnisation forfaitaire ou réelle.

- **Comment fonctionne le recours entre assureurs via la convention IRSA ?**

L'assureur direct se retourne contre l'assureur adverse selon les modalités de recours établies par la convention.

Si le montant des dommages est inférieur au plafond de 6500 €, fixé par la convention, le recours est forfaitaire dans la limite de 1678 € (montant du forfait IRSA pour 2021). Le recours exercé est proportionnel au niveau de responsabilité de l'auteur des dommages.

Si le montant des dommages est supérieur à 6500 €, le recours est réel, c'est à dire correspondant au montant réel des dommages.

Certains postes de préjudices font cependant l'objet d'un abandon de recours,

– Soit Total :

- * Communication d'incendie,
- * Dépréciation du véhicule,
- * Dommages occasionnés par le transport des blessés
- * Etc...

– Soit partiel :

- * Préjudice résultant du dépannage,
- * Préjudice résultant du remorquage,
- * Préjudice résultant de l'immobilisation du véhicule,
- * Préjudice résultant du dommage aux animaux,
- * Préjudice résultant des marchandises et objets transportés,
- * Etc...

- **Quels sont les moyens de preuves des assureurs dans le cadre de la convention IRSA ?**

Le barème de répartition des recours entre adhérents de la convention IRSA comporte 13 cas numérotés. Par l'utilisation de schémas simples reprenant les principaux cas d'accidents de la route, ce barème permet aux sociétés d'assurance de déterminer, de manière conventionnelle et uniquement dans le cadre du recours, la part de responsabilité de chaque conducteur de véhicule impliqué dans l'accident.

Ce barème ne prend en compte que des éléments objectifs, tels que la position des véhicules sur la chaussée et les points de choc, à l'exception d'autres éléments, pourtant susceptibles d'avoir une incidence sur la détermination des responsabilités.

À noter que la convention IRSA reconnaît plusieurs moyens de preuve recevables. En effet, dans le cadre de cette convention, les assureurs ont besoin de documents pour prouver avec précision les circonstances d'un sinistre et le rôle de chaque personne impliquée dans sa réalisation.

Ces moyens de preuve sont les suivants :

- Le rapport des autorités de police (s'il ne s'agit pas d'un simple résumé des circonstances du sinistre),
- Le recto du constat amiable d'accident automobile (si absence de contestations entre les conducteurs sur ce même recto) ou les déclarations unilatérales des conducteurs,
- Les déclarations écrites des témoins : selon un modèle fourni par les assureurs et figurant dans une annexe à la convention IRSA, ou établi conformément à l'article 202 du Code de procédure civile.

Si les assureurs se retrouvent en possession de plusieurs de ces documents, et si une contradiction existe entre les informations contenues dans ces mêmes documents, alors une hiérarchie des preuves est établie pour déterminer les responsabilités :

1. Le rapport des autorités de police,
2. A défaut ou en complément : le recto du constat amiable signé des deux conducteurs,

3. A défaut : Les éléments communs des déclarations unilatérales des conducteurs

4. A défaut ou en complément : Les témoignages (le témoignage figurant sur le rapport de police ayant la priorité sur le témoignage accompagnant le constat amiable).

L'assurance automobile / La rétractation d'un contrat d'assurance automobile

• Comment fonctionne le droit de rétractation ?

En assurance, le droit de rétractation est la possibilité d'annuler son contrat, dans un certain délai, si le client se rend compte après signature que les garanties ne sont pas suffisantes, que la prime est trop élevée ou simplement que le contrat ne le satisfait pas.

Dans le cadre de l'assurance auto, on distingue deux possibilités pour la rétractation :

- Le contrat a été souscrit en agence : la rétractation est alors impossible, la loi ne prévoit aucun délai de rétractation, à moins d'une clause spécifique présente dans les conditions générales,
- Le contrat a été souscrit en ligne ou par téléphone : le client peut se rétracter de son assurance auto si le contrat n'a pas pris effet immédiatement.

Selon la loi 112-9 du Code des assurances, la rétractation de l'assurance auto n'est possible pour les contrats souscrits ailleurs qu'en agence : en ligne, après un démarchage par téléphone ou à domicile, ou en réponse à un publipostage.

Pour être recevable, une demande de rétractation assurance auto doit respecter certaines conditions. En effet, pour pouvoir se rétracter de son assurance auto, le contrat souscrit doit impérativement avoir une date d'effet ultérieure à la signature.

L'article L112-2-1 du Code des assurances stipule que « Toute personne physique ayant conclu à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle un contrat à distance dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. »

Ainsi, conformément à la loi, le client dispose donc de 14 jours pour effectuer une rétractation de son contrat d'assurance auto en ligne, dès lors que celui-ci n'a pas encore pris effet. Attention cependant,

si un sinistre survient pendant ce délai de 14 jours, alors la rétractation sera impossible.

La résiliation sera actée par l'assureur 14 jours après avoir reçu la demande de rétractation du client. Une fois cette résiliation effectuée, l'assureur dispose de 30 jours pour le rembourser d'éventuels trop-perçus (si le client a réglé sa prime d'assurance annuellement par exemple). Après ces 30 jours, si l'assureur n'a pas remboursé le trop-perçu, des intérêts légaux s'appliquent.

- **Cas pratique sur le droit de rétractation**

Monsieur THUBAN récupère le véhicule qu'il a prêté à son fils pendant ces 3 dernières années. Il souscrit alors à une assurance en ligne dont l'application des garanties sont immédiates parce qu'il veut utiliser son véhicule ce jour. Pourtant, le lendemain Monsieur THUBAN revient sur sa décision, il ne souhaite plus de cette assurance et considère qu'il peut se rétracter puisque finalement il n'a pas utilisé son véhicule.

Pour une assurance auto en ligne souscrite pour un véhicule que le client possède déjà : si l'application des garanties est immédiate, c'est-à-dire que l'assurance couvre le client dès la signature de son contrat, alors il ne peut pas demander une rétractation.

En revanche, si Monsieur THUBAN avait souscrit à un contrat pour un véhicule qu'il ne possédait pas ou si les garanties ne prenaient effet que plusieurs jours ou semaine après la signature, alors là, la rétractation de son assurance automobile aurait été possible.

Pour résumer, tant que le contrat d'assurance auto du client n'est pas effectif, il dispose d'un droit de rétractation : il a alors 14 jours à partir de la signature de son contrat pour se rétracter en envoyant un courrier à son assureur.

Monsieur OMAE, propriétaire d'une camionnette souhaite souscrire à une assurance automobile. Il joint par téléphone une compagnie d'assurance pouvant assurer sa camionnette. Après explications et

propositions par la compagnie d'assurance, il procède au règlement par carte bancaire pour parfaire la souscription. Quatre jours plus tard, l'assuré déclare à l'assureur, par lettre recommandé avec accusé de réception, renoncer au bénéfice du contrat. L'assureur refuse au motif que le contrat est exécuté intégralement du fait qu'il ait réglé sa prime.

L'assuré peut alors contester ce refus en soulignant qu'il peut exercer son droit de renonciation dans le délai légal. Le fait de payer la prime ne suffit pas à établir que le contrat d'assurance automobile a été intégralement exécuté par les parties, empêchant l'assuré d'exercer sa faculté de renonciation.

L'assurance automobile / La résiliation du contrat

- **Quels sont les principes de la résiliation d'un contrat selon la Loi ?**

Le code des assurances fixe l'ensemble des règles qui s'appliquent aux sociétés d'assurance et à leurs contrats. Il détermine notamment les conditions de résiliation des contrats d'assurance. Les lois Chatel et Hamon viennent s'inscrire dans ce code. Elles ont pour but d'encadrer les pratiques de la profession afin d'éviter des dérives et de protéger le consommateur. Les assureurs doivent respecter et appliquer ces lois. Tous les contrats d'assurance sont concernés par cette législation dont le contrat d'assurance automobile.

La loi Chatel est inscrite pour protéger contre la reconduction tacite des contrats. Mise en place en 2005, la loi Chatel encadre le délai de prévenance lors du renouvellement automatique du contrat d'assurance. L'assureur a l'obligation d'informer son client du renouvellement tacite de son contrat entre 3 mois et 15 jours avant la date limite de résiliation. Pour mettre un terme au contrat, il lui suffit alors d'envoyer une demande de résiliation à son assureur, en respectant un préavis de deux mois. Si l'assureur ne respecte pas le délai légal, il a alors 20 jours de délai à réception du courrier pour demander la résiliation de son contrat.

La loi Hamon est prévue pour permettre au client de résilier son contrat d'assurance à tout moment après la première année. Entrée en vigueur en janvier 2015 la loi Hamon permet au client de résilier son contrat d'assurance à tout moment, une fois la première année de son contrat terminée. Pour résilier son contrat, deux options s'offrent à lui.

- Il peut résilier lui-même son contrat en envoyant une demande de résiliation à son assureur, par courrier recommandé. La résiliation sera alors effective sous 30 jours, à compter de la réception de son courrier.
- Il peut demander à son nouvel assureur de prendre en charge les

démarches lors de la souscription de son nouveau contrat d'assurance.

- **Quelles sont les 5 cas applicables pour la résiliation à l'initiative de l'assureur ?**

Le premier cas applicable pour la résiliation à l'initiative de l'assureur est à l'échéance annuelle du contrat du client, sans avoir à se justifier. L'assureur doit prévenir son client 2 mois avant la date d'échéance, par lettre recommandée.

Le deuxième cas est celui en cas de non-paiement de la cotisation. En effet dans les 10 jours calendaires suivant la date d'échéance, si le client n'a pas réglé sa cotisation, l'assureur peut le relancer. L'assureur adresse à son client une mise en demeure de règlement de la prime sous 30 jours calendaires en lettre recommandée. Si le client ne régularisait pas sa situation, alors l'assureur peut résilier le contrat 10 jours calendaires après la fin de ce délai. La prime ou fraction de prime impayée reste due à l'assureur, même si le contrat a été résilié.

Le troisième cas est celui pour fausse déclaration ou omission. Si l'assureur constate une fausse déclaration ou omission de la part de son client, il peut résilier son contrat, mais à condition que le client soit de mauvaise foi et que la fausse déclaration ou omission ait changé l'objet du risque ou la perception que l'assureur en a eue. Il doit lui adresser, par lettre recommandée, une notification de résiliation en indiquant la fausse déclaration ou l'omission qui fonde sa décision. La résiliation intervient 10 jours calendaires après sa notification.

Les cotisations correspondant aux périodes non assurées seront remboursées au client.

Le quatrième cas applicable pour la résiliation à l'initiative de l'assureur est pour aggravation du risque. L'assureur peut considérer que certains changements qui interviennent dans la vie

personnelle du client entraînent une aggravation du risque assuré. Tel est par exemple le cas si une nouvelle personne conduit le véhicule du client.

L'assureur peut alors décider, dans les 10 jours calendaires suivant sa prise de connaissance de cette modification, de :

- refuser de couvrir le nouveau risque (la résiliation sera effective 10 jours calendaires après sa notification)
- ou de proposer une augmentation de la cotisation (le refus entraînera la résiliation du contrat dans les 30 jours calendaires)

Dans les 2 cas, les cotisations non utilisées seront remboursées au client.

Si l'assureur a continué de percevoir des primes ou a indemnisé un sinistre après que le client l'ait informé des nouvelles circonstances, il ne peut plus résilier le contrat pour ce motif.

Enfin, le dernier cas applicable est celui après un sinistre.

L'assureur peut résilier le contrat suite à un sinistre et pour ce motif, uniquement si cette possibilité a été prévue dans le contrat. C'est généralement le cas :

- Si le client a commis un accident en état d'ivresse ou sous l'emprise de stupéfiant
- Et/ou s'il a été coupable d'une infraction entraînant une suspension du permis de conduire d'au moins 1 mois, ou l'annulation du permis.

L'assureur doit lui notifier cette résiliation par lettre recommandée.

La résiliation intervient 30 jours calendaires après cette notification.

L'assureur doit alors lui rembourser la partie de la cotisation qui correspond à la période restant à courir jusqu'à la prochaine échéance. Toutefois, si l'assureur a accepté le paiement d'une prime ou fraction de prime d'assurance 30 jours calendaires après avoir été informé du sinistre, il perd ce droit de résiliation.

• Cas pratique sur la résiliation d'un assureur

La compagnie d'assurance MONAUTO assure pour cette année Mr BOX, Mme SAIRE, Mme DEAU, et Mr THEUR. L'échéance du contrat d'assurance automobile de ces 4 personnes n'arrive pas

avant 2 mois. Pourtant pour chacune de ces personnes, la compagnie MONAUTO décide de résilier leur contrat et leur envoie cette notification par lettre recommandée.

En effet :

Pour Monsieur BOX la compagnie a été informée qu'il a eu un accident de voiture alors qu'il était sous l'emprise de l'alcool.

Pour Madame SAIRE, la compagnie MONAUTO en a décidé ainsi, à la suite d'un sinistre entraînant une suspension du permis de conduire pendant 3 mois.

Pour Madame DEAU, la compagnie résilie son contrat pour défaut de paiement de la prime d'assurance.

Pour Monsieur THEUR, il avait déclaré stationner sa voiture dans son garage privé alors qu'il l'a stationné régulièrement sur la voie publique pour raison que son garage est encombré et ne peut contenir sa voiture. Ainsi, après cette découverte au moment du sinistre, même si le sinistre sera pris en charge, la compagnie décide de résilier le contrat d'assurance automobile.

L'assurance automobile / La résiliation à l'initiative de l'assuré

- **Quel est le premier cas applicable pour la résiliation à l'initiative de l'assuré ?**

Le contrat d'assurance auto est prévu pour être reconduit automatiquement à chaque échéance annuelle. Néanmoins, la loi prévoit plusieurs possibilités de résiliation. Le client peut résilier son contrat d'assurance auto sans pénalité à plusieurs moments de la vie du contrat.

Le premier cas est celui de la première échéance du contrat. En effet, le client peut éviter la reconduction automatique de son contrat à la première échéance annuelle, sans être obligé de fournir un motif. Pour cela, il doit envoyer à son assureur une lettre de résiliation 2 mois avant la date d'échéance, par recommandé papier ou électronique. Comme l'assurance de la voiture est obligatoire, son assureur doit s'assurer qu'il va souscrire un nouveau contrat auprès d'un autre assureur. Ce dernier, demandera donc de lui fournir la preuve du nouveau contrat. Pour éviter d'avoir à accomplir cette formalité, le client peut demander à son nouvel assureur d'envoyer sa lettre de résiliation à son ancien assureur. Le client doit absolument respecter le délai d'envoi de sa lettre de résiliation, sinon le contrat risque d'être renouvelé et il devra alors payer la cotisation pour l'année à venir. Par conséquence, pour aider le client à respecter ce délai, l'assureur a l'obligation de lui rappeler son droit de résiliation en même temps qu'il envoie l'avis d'échéance annuelle de prime ou de cotisation.

Si l'assureur lui envoie ce rappel moins de 15 jours calendaires (Correspond à la totalité des jours du calendrier de l'année civile, du 1er janvier au 31 décembre, y compris les jours fériés ou chômés) avant la date limite à laquelle le client peut demander la résiliation, alors le client peut résilier le contrat dans les 20 jours suivant cet envoi.

Si aucun rappel n'a été adressé au client, alors il peut résilier son contrat à tout moment, une fois passée la date de l'échéance, et sans pénalités. Le client doit envoyer à son assureur une lettre de résiliation par recommandé papier ou électronique.

La résiliation prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de la Poste.

Si le client demande un relevé d'informations, l'assureur doit le transmettre dans les 15 jours suivants la demande.

- **Quel est le deuxième cas applicable pour la résiliation à l'initiative de l'assuré ?**

A chaque échéance annuelle le contrat d'assurance auto est reconduit automatiquement. Pourtant le client peut résilier son contrat lors d'un changement de situation.

En effet, le client peut résilier son contrat dans quatre circonstances, même avant l'arrivée de la première échéance.

La première est la disparition du risque assuré. Certains changements qui affectent sa situation personnelle peuvent justifier une résiliation du contrat d'assurance, lorsqu'ils entraînent la disparition du risque couvert par le contrat. Par exemple :

- Changement de domicile
- Changement de situation matrimoniale
- Changement de régime matrimonial
- Changement de profession
- Départ à la retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle

Il peut invoquer un changement de sa situation personnelle pour demander la résiliation du contrat, mais l'assureur aussi peut utiliser ce motif pour justifier la résiliation.

La deuxième est l'aggravation du risque assuré. Si la situation du client a changé, et que ce changement entraîne une aggravation du risque couvert, il doit en informer son assureur. Cette information doit être communiquée dans les 15 jours calendaires, par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique. L'assureur

proposera alors de nouvelles conditions d'assurance. Si le client ne les accepte pas, le contrat sera résilié.

La troisième est la transmission du véhicule à un tiers. Si le client vend ou donne son véhicule à un tiers, le contrat est suspendu le lendemain de cette transmission, à minuit. Il doit être résilié avec un préavis de 10 jours calendaire.

Enfin, le client peut résilier son contrat dans le cas de modifications des clauses du contrat. Si l'assureur informe le client d'une augmentation de son tarif d'assurance, le client peut résilier son contrat pour ce motif.

- **Quel est le troisième cas applicable pour la résiliation à l'initiative de l'assuré ?**

Le client peut résilier son contrat à tout moment au terme d'une année d'assurance, sans avoir à se justifier et sans tenir compte de l'échéance annuelle.

La lettre de résiliation doit être envoyée à l'assureur par courrier ordinaire, papier ou électronique. La résiliation du contrat prendra effet 1 mois après la réception de sa demande de résiliation par l'assureur.

Le client sera remboursé de la partie de la prime correspondant à la période du contrat restant à courir.

Si le véhicule continue à être mis en circulation, même occasionnellement, le client est obligé de l'assurer. Dans ce cas, le client ne peut pas effectuer la formalité de résiliation lui-même. Il doit demander à la nouvelle compagnie d'assurance d'effectuer la démarche pour son compte. Il doit lui indiquer, par courrier ou par mail, sa volonté de souscrire un contrat en remplacement de celui qu'il avait avec l'ancien assureur. Il doit également lui indiquer les éléments de son ancien contrat (numéro de contrat, d'assuré, vos coordonnées et celles de l'assureur).

Si le véhicule ne circule plus après la résiliation, il peut effectuer lui-même la formalité de résiliation.

La mise en circulation du véhicule consiste à le mettre sur la voie publique, peu importe qu'il soit vraiment utilisé ou non. Dans ce cas, il peut envoyer la lettre de résiliation à l'assureur par courrier ordinaire, papier ou électronique.

Toutefois, s'il souhaite avoir une preuve de la réception, il doit envoyer une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique. Il doit également informer l'assureur qu'il ne va plus utiliser le véhicule.

L'assurance automobile / Qualification de l'assurance automobile obligatoire

• Quelle est l'obligation d'une assurance automobile ?

Assurer sa voiture est obligatoire. Seule assurance obligatoire en automobile, la garantie responsabilité civile permet l'indemnisation des dommages causés aux tiers par la faute du conducteur du véhicule ou d'un de ses passagers :

- Blessures ou décès d'un piéton, d'un passager, ou d'un occupant d'un autre véhicule,
- Dégâts aux autres voitures, deux-roues, immeubles...

Cette garantie responsabilité civile couvre les conducteurs autorisés ou non autorisés. Cependant, après avoir indemnisé les victimes, l'assureur peut disposer d'un recours à l'encontre des conducteurs non autorisés.

Le non-respect de cette obligation d'assurance est constitutif d'un délit. Une amende, mais aussi une suspension de permis et une mise en fourrière du véhicule peuvent être appliquées.

Afin de permettre le contrôle du respect de cette obligation légale par les forces de l'ordre, le certificat d'assurance (ou vignette) doit être apposé sur le pare-brise du véhicule. Par ailleurs, l'attestation d'assurance ou carte verte pourra également faire l'objet d'une vérification. Cette obligation d'assurance s'applique même si son propriétaire n'a plus l'intention de le conduire et qu'il est stationné sur un terrain privé.

• Quelle est la particularité de l'assurance automobile ?

La particularité de l'assurance automobile tient au fait qu'elle connaît deux critères de rattachement : d'abord, il s'agit de savoir quel véhicule est concerné par la garantie offerte par l'assureur puisque seule la responsabilité découlant de l'usage du véhicule désigné déclenchera le jeu de cette garantie. Mais aussi, il est

nécessaire de préciser qui est la personne tenue de souscrire cette assurance. En effet, sur elle, reposent les obligations de déclarations de risque.

L'assurance automobile repose, dans l'attente du véhicule autonome, sur ce binôme « véhicule–conducteur ». Or, si le conducteur est habituellement le propriétaire du véhicule, il faut que l'assurance englobe les hypothèses dans lesquelles cette situation ne se vérifie pas. Dès lors, un choix se présente : axer l'essentiel de l'analyse sur le conducteur et sa responsabilité sera garantie quel que soit le véhicule qu'il conduit, ou sur le véhicule et seront alors garanties toutes les personnes dont la responsabilité sera engagée par l'usage de ce véhicule. Cette dernière option a été choisie par les assureurs français, comme la plupart des assureurs européens, les Anglo-Saxons ayant marqué leur préférence pour la première possibilité.

Toutefois, l'obligation de garantie ne concerne que l'assurance de responsabilité civile. Et les assurances de chose, qui sont des assurances complémentaires, sont nécessaires. Elles relèvent de la convention entre les parties et, par conséquent, peuvent valablement prévoir des conditions d'application différentes de la garantie de responsabilité civile (exemple de garantie des dommages subis par le véhicule de l'assuré uniquement en France).

Sans assurance obligatoire, la loi du 5 juillet 1985 n'aurait pas vu le jour. Comment considérer que quelqu'un soit tenu d'indemniser une victime alors qu'aucune responsabilité, au sens traditionnel du terme, ne peut lui être imputée. Raisonner « victime » n'est possible que parce que la collectivité des assurés ne peut supporter de voir une victime, qui n'a commis aucun acte répréhensible, privée d'indemnisation.

Dès lors, faut-il considérer que l'un ne va pas sans l'autre et que les champs d'intervention de l'assurance obligatoire coïncident exactement avec ceux de la loi du 5 juillet 1985 ?

Longtemps, la Cour de cassation a répondu par l'affirmative. Puis, une décision rendue le 21 novembre 2013 sur renvoi de cassation

rejette le pourvoi contre une décision d'une cour d'appel qui avait considéré que l'action de la victime contre l'auteur ne dépendait pas de la loi du 5 juillet 1985 mais que la garantie était due par l'assureur auto. Mais cette jurisprudence hexagonale est soumise, sur ce point, aux règles européennes. La Cour de justice de l'Union européenne a, en effet, considéré que l'assurance obligatoire ne devait s'appliquer qu'aux seuls accidents mettant en cause la fonction « transport » et non la fonction « travail ».

• Cas pratique sur l'obligation d'assurance automobile

Madame GAIRE possède une voiture rouge depuis des années. Avec son mari, ils achètent une nouvelle voiture noire et ne vont plus utiliser l'ancienne voiture. Afin de faire des économies elle décide de mettre fin à son assurance auto sans justifier sa décision. Elle se dit que sa cousine a pris la même décision concernant son véhicule qui n'était plus en état de circuler.

La fille de Madame GAIRE apprenant l'action de sa mère, lui impose à reprendre une assurance automobile en lui expliquant qu'en matière automobile, la garantie de responsabilité civile, qui couvre les dommages faits aux tiers, est obligatoire. Tout propriétaire d'un véhicule automobile, même non utilisé, doit donc s'assurer. Si son véhicule stationné est constaté en état de non-assurance, elle risque une amende pouvant aller jusqu'à 3 750 €. Elle peut en plus être condamné à l'une ou plusieurs des peines complémentaires suivantes :

- Travaux d'intérêt général
- Jours-amendes (amendes dont le montant est fixé par jour)
- Suspension du permis de conduire (jusqu'à 3 ans)
- Annulation du permis de conduire et interdiction de le repasser pendant un certain temps (3 ans au plus)
- Interdiction de conduire certains véhicules, même s'ils ne nécessitent pas le permis de conduire
- Obligation d'accomplir à ses frais un stage de sensibilisation à la sécurité routière

- Immobilisation et/ou confiscation du véhicule avec lequel l'infraction a été commise.

A savoir que l'assureur contacté n'est pas obligé, lui, de répondre à sa demande.

Les champs d'application de l'obligation : Les véhicules concernés

- **Quel est le cas des véhicules terrestres à moteur, remorques et semi-remorques ?**

L'obligation d'assurance telle qu'elle est définie dans l'article L. 211-1 du Code des assurances a été redéfinie par la loi du 17 décembre 2007. En effet, emporté par le souci de faire coïncider les champs d'application de la loi du 5 juillet 1985 relative à l'indemnisation des victimes d'accidents de la circulation et de l'assurance automobile obligatoire, le législateur avait perdu de vue qu'il devait respecter une norme supérieure, à savoir la directive européenne du 24 avril 1972.

Le nouveau texte rappelle qu'il faut entendre par véhicule soumis à l'obligation d'assurance « tout véhicule automoteur destiné à circuler sur le sol et qui peut être actionné par une force mécanique, sans être lié à une voie ferrée, ainsi que toute remorque, même non attelée ».

Il doit être automoteur, c'est-à-dire doté d'un moteur destiné à le propulser. Notons qu'aucune référence n'est faite au mode de propulsion. Sont naturellement visés les moteurs à explosion mais également à gaz, électrique, voire nucléaire. Nous aurions tendance à considérer que le moteur doit être le seul moyen de propulsion. Dès lors, les engins disposant d'un moteur qui ne fonctionnent qu'à la seule condition que le conducteur pédale, ne sont pas, à notre sens, des véhicules soumis à l'obligation d'assurance. Le moteur ne contribue qu'à atténuer l'effort de pédalage mais n'a pas de vocation à entraîner seul l'engin.

Il doit être destiné à circuler sur le sol. Sont donc exclus de ce fait les avions même lorsqu'ils roulent sur le tarmac ou les hydroglisseurs. Sont également exclus de l'obligation d'assurance les trains et les tramways, qu'ils circulent ou non sur des sites qui leur sont propres.

La définition légale ne mentionne pas la présence de siège pour le conducteur. Il n'est pas fait mention non plus du lieu de circulation.

À cet égard, la Cour de justice de l'Union européenne a été appelée à préciser les contours de l'obligation d'assurance. Donnant une interprétation large, elle considère que la garantie de responsabilité civile doit intervenir dès lors que le véhicule est utilisé conformément à sa fonction habituelle.

- **Quelles sont les caractéristiques des véhicules terrestres à moteur ?**

Comme nous avons vu que l'assurance reposait sur le véhicule, son identification est essentielle. Seuls les véhicules figurant au contrat bénéficient de la garantie, ce qui entraîne un refus de garantie lorsque le véhicule a été remplacé par l'assuré et que l'assureur n'a pas expressément accepté ce changement.

Nous considérons que la position devrait être identique si les caractéristiques du véhicule ont été modifiées, comme, par exemple, à l'occasion d'un débridage.

Cette règle vaut même lorsque le véhicule nouveau est semblable à l'ancien et si un conflit se présentait sur ce point, l'assuré devrait prouver que le véhicule impliqué dans l'accident est bien le véhicule assuré.

On sait que lorsqu'un bien est aliéné, le contrat d'assurance est transféré de plein droit à l'acquéreur. Une règle spécifique a cependant été posée en ce qui concerne le véhicule terrestre à moteur. Le contrat d'assurance est suspendu de plein droit, le lendemain à minuit du jour de l'aliénation.

De la sorte, la garantie profite à tous (vendeur comme acquéreur) jusqu'à minuit. On peut donc se trouver dans la situation où la responsabilité du conducteur ou du gardien est garantie par deux contrats, celui du vendeur et celui de l'acquéreur.

Passé minuit, trois possibilités se présentent :

– Le contrat peut être résilié par chacune des parties moyennant un

préavis de dix jours,

- Il est transféré sur le nouveau véhicule acquis,
- Si rien n'a été fait, le contrat est résilié de plein droit à l'expiration d'un délai de six mois à compter de l'aliénation.

Encore faut-il qu'il s'agisse d'une véritable aliénation. La mise hors circulation du véhicule n'est pas l'aliénation.

La preuve de l'aliénation doit être rapportée. À défaut, la procédure de suspension ne peut être invoquée.

Quand un contrat de vente prévoit de repousser le transfert de propriété à la date de paiement du prix, la suspension du contrat d'assurance est elle aussi repoussée jusqu'à cette date. L'effet juridique est le même lorsque le contrat comporte une clause de réserve de propriété.

- **Qu'est-il prévu pour l'adjonction d'une remorque ou semi-remorque ?**

La directive du 24 avril 1972 prévoit explicitement l'assujettissement à l'assurance des remorques ou semi-remorques même détachées. On remarquera, tout d'abord, qu'aucune mention n'est faite à un quelconque poids total en charge. L'obligation s'applique donc quel que soient la taille et le poids de la remorque.

On peut préciser que, même si le décret du 26 mars 1993, a supprimé les définitions des remorques, elles restent d'application. Ainsi, par remorque, il faut entendre :

- Les véhicules terrestres construits en vue d'être attelés à un véhicule terrestre à moteur et destinés au transport de personnes ou de choses ;
- Tout appareil terrestre attelé à un véhicule terrestre à moteur.

Quand on se poser la question de : Faut-il déclarer l'adjonction d'une remorque ? Sur ce point, la législation et la jurisprudence ont évolué, allant jusqu'à la non-assurance.

Aujourd'hui, l'article R. 211-4 du Code des assurances dispose : « les contrats prévus à l'article L. 211-1 doivent spécifier les

caractéristiques des remorques dont l'adjonction à un véhicule terrestre à moteur ne constitue pas, au sens des articles L. 113-4 et L. 113-9, une aggravation du risque couvert par le contrat garantissant ce véhicule ».

Ainsi, sauf hypothèse de fausse déclaration intentionnelle, l'omission de déclarer l'adjonction d'une remorque d'un poids inférieur à celui figurant dans le contrat ne peut être sanctionnée que par la règle proportionnelle de cotisation.

Aujourd'hui, la plupart des assureurs ont fixé le seuil de déclaration à 500 kg ou 750 kg. De plus, les assureurs garantissant les professionnels ne précisent pas le poids de la remorque dont il convient de déclarer l'existence avant tout transport. De ce fait, comme le précise la Cour de cassation, « en l'absence d'une clause spécifiant les caractéristiques des remorques dont l'adjonction à un véhicule terrestre à moteur ne constitue pas une aggravation du risque, l'assurance du véhicule tracteur garantit ses remorques ».

Par conséquence en cas d'accident, selon le principe qui veut que, par application de la loi du 5 juillet 1985, seul un conducteur ou un gardien peut être déclaré responsable d'un accident de la circulation, on doit en déduire que l'accident relève de la compétence du Fonds de garantie des assurances obligatoires. En effet, d'une part, le conducteur de l'ensemble routier est inconnu et, d'autre part, la garde de la remorque a été transférée au gardien du véhicule tracteur. Il y a lieu de rappeler qu'un propriétaire d'un véhicule terrestre à moteur n'est jamais responsable en cette seule qualité. Ainsi, l'ensemble routier en son entier n'est pas et la charge du sinistre doit reposer sur le Fonds de Garantie.

Pour pallier cette situation défavorable aux victimes, le décret du 19 juillet 2007 relatif à l'assurance de responsabilité civile des véhicules terrestres à moteur et modifiant le Code des assurances a, en ajoutant un article R. 211-4-1, introduit dans notre législation la possibilité pour la victime de s'adresser à l'assureur de son choix. Elle ne bénéficie pas aux assureurs dans le cadre de leurs recours en contribution.

L'assurance automobile / Jurisprudence arrêt de la Cour de cassation du 11 février 1992

- **Quel est le résumé de l'arrêt ?**

Il appartient à l'assuré, demandeur en garantie, de démontrer que le véhicule ayant causé le dommage est bien celui qui fait l'objet de la police d'assurance.

- **Quels sont les faits ?**

MAGIDE X, âgé de 15 ans, qui circulait en cyclomoteur, a heurté et blessé LUCCIONI, lequel a assigné en réparation de son préjudice, Mr X, père du mineur, et la société d'assurance mutuelles de la seine et de seine et Oise (AMSS).

L'AMSS a appelé en cause la compagnie d'assurance LA PAIX que X père avait d'abord désigné aux gendarmes enquêteurs comme étant son assureur.

Toutefois, la Cour en a précisé qu'il appartient à l'assuré, demandeur en garantie, de démontrer que le véhicule ayant causé le dommage est bien celui qui fait l'objet de la police d'assurance. Que, pour décider que la société AMSS ne devait pas sa garantie, la Cour énonce qu'il n'est pas possible d'affirmer que le cyclomoteur qui a renversé LUCCIONI était celui assuré par l'une ou l'autre société.

- **Qu'en retenir ?**

C'est le plus souvent à la suite d'un sinistre que l'assuré doit prouver qu'il est couvert par une assurance. Il est alors tenu d'établir deux éléments distincts : il doit d'abord prouver que l'assurance existe et ensuite que la garantie couvre le sinistre. Or il ne peut utiliser les mêmes moyens de preuve pour établir ces deux éléments. En effet, pour démontrer l'existence du contrat, il faut appliquer les règles de preuve prévues par la loi pour les actes

juridiques. En revanche, lorsqu'il souhaite établir que le sinistre correspond à la définition du risque garanti, l'assuré doit prouver un fait (un vol, un incendie, un accident...).

Il peut alors utiliser tous les moyens de preuve dont il dispose. Rappelons également que seuls les éléments contestés doivent être prouvés. Ainsi, lorsque l'assureur ne conteste pas la formation du contrat, mais par exemple le sens d'une clause particulière, l'assuré n'a à prouver ni l'existence du contrat d'assurances, ni celle de la clause.

L'assurance automobile / Les champs d'application de l'obligation : Les personnes assurées

- **Quelle est la source légale des personnes engagées dans la souscription du contrat ?**

La personne qui est tenue de souscrire un contrat d'assurance est prévue dans l'article L. 211-1 du Code des assurances qui énonce que « toute personne physique ou toute personne morale autre que l'État dont la responsabilité civile peut être engagée en raison des dommages subis par des tiers résultant d'atteintes aux personnes ou aux biens dans la réalisation desquels un véhicule terrestre à moteur est impliqué, doit, pour faire circuler celui-ci, être couverte par une assurance garantissant cette responsabilité, dans les conditions fixées par décret en Conseil d'État ».

Le cas des personnes pour le compte de qui la garantie de responsabilité civile a été souscrite, deux articles l'article L. 211-1 et R. 211-2 du Code des assurances précisent les personnes qui bénéficient de la garantie de responsabilité civile.

D'après le premier de ces textes, les contrats d'assurance couvrant cette responsabilité « doivent également couvrir la responsabilité civile de toute personne ayant la garde ou la conduite, même non autorisée, du véhicule (...) ainsi que la responsabilité civile des passagers du véhicule objet de l'assurance. Toutefois, en cas de vol d'un véhicule, ces contrats ne couvrent pas la réparation des dommages subis par les auteurs, co-auteurs ou complices du vol ».

S'ajoutent à ces dispositions celles de l'article R. 211-2 du Code des assurances qui prévoient que ces contrats doivent couvrir, en plus de la responsabilité civile des personnes ainsi mentionnées, « celle du propriétaire du véhicule ».

- **L'obligation pèse-t-elle sur la personne qui met en circulation un véhicule ?**

L'obligation pèse sur toute personne qui met en circulation un véhicule.

La Cour de justice de l'Union Européenne a été appelée à statuer sur le cas d'une personne qui avait résilié le contrat d'assurance parce qu'elle avait décidé de ne plus s'en servir. Le véhicule était en stationnement dans sa cour. Mais un tiers s'en est emparé et a causé un accident. Le propriétaire du véhicule soutenait qu'il n'était pas tenu de souscrire un contrat puisqu'il avait décidé d'immobiliser son véhicule. Tel ne fut pas l'avis de la Haute juridiction européenne qui considère qu'un véhicule immatriculé, non retiré de la circulation, apte à circuler, répond à la notion de véhicule soumis à l'obligation d'assurance.

Un arrêt rendu par la Cour de cassation le 15 décembre 2005 illustre ce propos. Une société commerciale organise un raid automobile au cours duquel le PDG, passager transporté, décède. Il s'avère que le véhicule n'était pas assuré. La société considère qu'il appartenait au conducteur du véhicule de vérifier que la garantie de responsabilité civile était bien acquise. La Cour de cassation rejette le pourvoi en ces termes : « l'arrêt, après avoir exactement rappelé que l'obligation de souscription d'assurance incombait, en application de l'article L. 211-1 du Code des assurances, à la société (...), propriétaire du véhicule, et non à Monsieur Z, retient que ce dernier n'en n'était que le conducteur occasionnel, et que X, président de la société, se trouvait en permanence dans le véhicule dont il partageait avec lui la conduite, et était seul tenu de fournir les documents administratifs du véhicule à l'organisateur du raid qui en exigeait la production, de sorte que Monsieur Z pouvait légitimement croire qu'en raison du contrôle de l'assurance par l'organisateur, le véhicule était couvert en cas d'accident ».

Un contrat de prestation entre un propriétaire de véhicule et un locataire aux termes duquel la responsabilité de souscrire un contrat d'assurance est transférée de plein droit au locataire ne dispense pas le propriétaire de souscrire lui-même un contrat. La disposition

contractuelle ne peut régler que les recours entre les différents assureurs.

Un propriétaire ne saurait se retrancher derrière sa décision de ne plus utiliser son véhicule pour être décharger de son obligation.

Une seule dérogation semble être admise : celle d'une entreprise de location qui vérifie que son locataire a effectivement souscrit un contrat d'assurance.

Sont dispensés de s'assurer pour garantir leur responsabilité découlant de la garde ou la conduite de leurs véhicules :

- L'État (Code des assurances, art. L. 211-1) ;
- Les sociétés exploitant des chemins de fer et des tramways (Code des assurances, art. L. 211-2).

• **Quels sont les cas à prendre en considération ?**

Le cas des conducteurs et gardiens. On sait que la loi du 5 juillet 1985 fait peser l'indemnisation des victimes d'accidents de la circulation sur le conducteur ou le gardien du véhicule. Rien de plus logique donc de citer ces deux catégories parmi les personnes bénéficiant de la garantie de responsabilité civile.

Cette disposition existant déjà en juillet 1985, l'article L. 211-1 du Code des assurances n'a été modifié que dans la formulation, pour intégrer la notion de véhicule impliqué, mais le principe demeure. Très souvent, le propriétaire est à la fois conducteur du véhicule, gardien et même souscripteur du contrat, si bien que la garantie découle directement de cette situation. Mais le conducteur et le gardien peuvent être des personnes différentes et la garantie dont ils bénéficient est l'application alors d'une stipulation légale pour autrui. Le conducteur peut ne pas être devenu gardien du véhicule. C'est le cas par exemple du commettant qui ne cède pas la garde au préposé qui conduit.

Le cas particulier du conducteur non autorisé. Il peut paraître curieux de voir un assureur tenu d'indemniser les dommages subis par un tiers lorsque le véhicule qu'il garantit a été volé ou utilisé contre le gré de son propriétaire. Ceci résulte d'une évolution des

directives européennes qui, cependant, ne privent pas l'assureur de tout recours contre l'auteur de l'accident.

L'assurance automobile / Assurances facultatives

• Est-ce une liberté contractuelle ?

Dès l'instant où l'on indique que les garanties ne sont pas obligatoires, elles entrent dans le domaine de la liberté contractuelle en ce qui concerne tant leur définition que leur contenu. Il est toutefois possible d'en donner les caractéristiques essentielles.

Cependant, elles reposent toutes sur le principe indemnitaire qui reçoit des applications spécifiques. Ainsi, une procédure a été engagée par un assuré dont le véhicule volé avait été acheté peu avant pour la somme de 16 700 euros. L'assureur considérait qu'il n'avait à payer que la valeur réelle du véhicule au jour de l'achat que la Cour d'appel a fixé à 3 350 euros. Décision censurée par la Cour de cassation dans la mesure où le tribunal devait fixer la valeur du véhicule, non au jour de l'achat, mais au jour du sinistre.

• Qu'en est-il de la preuve ?

La véritable question concerne la charge de la preuve : l'assuré doit-il apporter la preuve du vol ou l'assureur doit-il établir que les conditions d'exclusion sont réunies ?

Sur ce point, la jurisprudence a évolué. La première chambre civile de la Cour de cassation a considéré que les conditions de garantie équivalaient à des exclusions, de telle sorte qu'il appartenait à l'assureur d'apporter la preuve de leur réunion. Ainsi, alors que l'assuré n'apportait pas la preuve de la mise en fonctionnement de l'alarme, la Cour a estimé que l'assureur devait sa garantie car il lui appartenait d'établir qu'il ne l'avait pas enclenchée. S'agissant d'une exclusion de garantie, elle doit être mentionnée en caractères apparents selon les prescriptions de l'article L. 112-4 du Code des assurances.

La deuxième chambre civile, désormais compétente en matière de droit de la garantie, après avoir donné l'impression d'accentuer la position de la première chambre, l'a assouplie lorsque le contrat «

formule des exigences générales et précises auxquelles la garantie est subordonnée ». Cette orientation s'est confirmée par la suite. En effet, la Cour de cassation admet la validité d'une clause du contrat qui conditionne la garantie à l'effraction du véhicule et des organes de sécurité. Il appartient donc à l'assuré d'établir la réalité ou à tout le moins la vraisemblance du vol ; le simple dépôt de plainte ne suffit pas.

• Quels sont les exemples de clauses contractuelles

Les magistrats de la Cour de cassation reconnaissent la validité d'une clause excluant de la garantie le fait d'avoir laissé dans la boîte à gants les clés du véhicule, même si l'assureur n'apporte pas la preuve que la clé dans la boîte à gants ait pu contribuer en quoi que ce soit au vol. De même, s'il exige que le véhicule soit remisé de nuit dans un garage privatif.

En revanche, si un assureur est en droit de refuser la garantie si les clés ont été laissées sur le véhicule, il ne peut maintenir son exclusion en cas de violences perpétrées sur le conducteur. A pu être considérée comme violence le fait pour une personne d'administrer un somnifère à une autre.

La jurisprudence a également validé de telles clauses contractuelles en l'absence de contrat d'assurance. Tel est généralement le cas des véhicules mis à la disposition de clients par des entreprises de location. Ainsi, la Cour de cassation a censuré une cour d'appel qui avait considéré que, au regard du Code de la consommation, une clause qui subordonnait la non application de la franchise à la remise des clés du véhicule, devait être considérée comme non écrite.

L'assurance automobile / Les garanties facultatives en assurance automobile

• Comment qualifier certaines garanties ?

En ce qui concerne l'incendie :

Sous ce vocable, les assureurs regroupent les notions d'incendie, de chute de la foudre, d'explosion, de tempête ou de grêle. Deux causes d'incendie sont généralement exclues :

- Les accidents de fumeurs ;
- Les dommages subis par les appareils électriques et électroniques sauf si la preuve est rapportée qu'ils ne résultent pas de leur propre fonctionnement.

Le Code des assurances donne, dans son article L. 122-1, une définition complète : « L'assureur contre l'incendie répond de tous dommages causés par conflagration, embrasement ou simple combustion. Toutefois, il ne répond pas, sauf convention contraire, de ceux occasionnés par la seule action de la chaleur ou par le contact direct et immédiat du feu ou d'une substance incandescente s'il n'y a eu ni incendie, ni commencement d'incendie susceptible de dégénérer en incendie véritable ».

En ce qui concerne le vol :

Rares sont les contrats qui définissent clairement la notion de vol ou de tentative de vol. Pour le Code pénal, il s'agit de la soustraction frauduleuse. Pour le souscripteur non-initié, il s'agit de toutes situations dans lesquelles il se trouve dépossédé de son bien contre son gré, ce qui recouvre deux autres notions : l'escroquerie et l'abus de confiance. Bien entendu, selon les principes généraux du droit, une définition ambiguë sera interprétée en faveur de l'assuré.

En l'absence de définition prévue au contrat, les tribunaux retiennent la définition pénale. Mais si aucune référence n'est faite au Code pénal, le vol peut s'entendre comme toute appropriation, contre le gré du propriétaire, de l'objet par un tiers, quelles qu'en

soient les modalités. La garantie vol peut ainsi englober la perte résultant notamment d'une escroquerie ou d'un abus de confiance

Selon un arrêt de la Cour de cassation, il est assimilé le vol des clés du véhicule au vol du véhicule lui-même.

- **Qu'en est-il des garanties contre les effets naturels ?**

Bien avant la mise en place de la législation sur les catastrophes naturelles, les assureurs proposaient à leurs assurés des garanties leur permettant d'être indemnisés en cas « d'événement majeur » : tremblement de terre, inondations, coulées de boue, raz de marée. L'énumération des typologies d'événements dans le contrat n'autorise aucune interprétation extensive.

Selon le Code des assurances, sont considérés comme les effets des catastrophes naturelles « les dommages matériels directs non assurables ayant eu pour cause déterminante l'intensité anormale d'un agent naturel, lorsque les mesures habituelles à prendre pour prévenir ces dommages n'ont pu empêcher leur survenance ou n'ont pu être prises » (article L. 125-1, alinéa 3).

La garantie s'applique à condition que l'épisode climatique soit qualifié de « catastrophe naturelle » par un arrêté ministériel publié au Journal officiel, pour déterminer précisément la zone et la nature des dommages. C'est le point de départ de toute démarche officielle.

En ce qui concerne les catastrophes naturelles, la franchise fixe de 380 euros est applicable par véhicule. Toutefois, pour les véhicules à usage professionnel, la franchise contractuelle sera applicable si elle est d'un montant supérieur.

Il faut savoir que, si les vents dépassent 145 km/h en moyenne pendant dix minutes, ou s'ils dépassent 215 km/h en rafales, une « tempête » sera reclassée en « catastrophe naturelle ».

- **Qu'en est-il des autres catastrophes ?**

Introduite par la loi du 30 juillet, dite loi Bachelot, la garantie « Catastrophes technologiques » oblige l'assureur, à l'instar de ce qui s'est passé pour les catastrophes naturelles, à considérer la garantie incluse dans le contrat dès lors qu'une garantie d'assurance de chose est souscrite. Lorsque les pouvoirs publics décrètent l'état de catastrophe technologique, l'assureur est tenu de procéder à l'indemnisation des dommages subis par le véhicule assuré sans avoir la possibilité de déduire de franchise, sans appliquer de dépréciation pour usure et, le cas échéant, sans plafond de garantie.

Dans le cadre d'une convention qu'ils avaient passée, applicable aux catastrophes technologiques survenues à compter du 1er juillet 2004, les assureurs avaient convenu d'une dispense d'expertise si le montant des dommages était inférieur à 200 euros, d'une expertise unique s'il était inférieur à 6 500 euros, le recours à l'expertise contradictoire n'étant exigé qu'au-delà. Le décret du 28 novembre 2005, reprend ces principes mais relève à 325 euros la dispense d'expertise. On aura noté que ces montants correspondent à ceux fixés dans le cadre de la Convention IRSA. Des différences pourront apparaître par la suite dans la mesure où, si les assureurs sont maîtres de leurs règles de gestion, le décret prévoit que ces montants évoluent en fonction de l'indice des prix de la construction. Cependant, des accommodements sont toujours envisageables pour faire coïncider la théorie à la pratique.

La loi du 23 janvier 2006, relative à la lutte contre le terrorisme, a modifié l'article L. 126-2 du Code des assurances. Il s'agit, sur ce point précis, de permettre aux assureurs de bénéficier de la garantie de réassurance de l'État. Comme pour les garanties « Catastrophes naturelles » et « Catastrophes technologiques », la loi considère que tout contrat d'assurance garantissant les dommages aux corps de véhicule terrestre à moteur inclut la garantie des dommages causés par un attentat ou un acte de terrorisme.

On notera tout d'abord une différence avec les autres biens puisque l'extension a été réduite à la présence de la seule garantie «

Incendie ». En ce qui concerne les véhicules, la notion de « corps de véhicule » semble plus large et inclure, par voie de conséquence, la garantie « Bris de glace ». Cependant, l'interprétation stricte du texte limiterait l'engagement de l'assureur à ce qui est garanti. Ces dispositions sont applicables aux contrats en cours au 24 janvier 2006.

Sans doute les assureurs seront-ils amenés à distinguer ce qu'ils regroupaient jusqu'à maintenant sous la rubrique « émeutes, mouvements populaires, actes de terrorisme et sabotage ».

L'assurance automobile / Les effets de ces garanties facultatives

- **Quel est le recours de l'assureur pour le vol ?**

L'assureur qui a payé l'indemnité dispose d'une action contre tout responsable du vol ou du recel du véhicule sur la base de l'article L. 121-12 du Code des assurances. Il peut également utiliser les dispositions de l'article 2276 du Code civil relatives à la revendication si la chose se trouve entre les mains d'un détenteur de bonne foi. En revanche, il ne peut faire opposition entre les mains de l'assureur de ce dernier, « l'action en revendication d'un meuble perdu ou volé ne pouvant en principe être exercée que contre le possesseur actuel de la chose et non contre le détenteur de son prix ; qu'en outre l'indemnité d'assurance ne peut être attribuée qu'au bénéficiaire de la garantie ainsi qu'aux personnes désignées par l'article L. 121-13 du Code des assurances ».

Mais il lui est interdit de se constituer partie civile contre les prévenus poursuivis pour vol. En revanche, l'assuré le peut, même s'il a été indemnisé.

- **Qu'en est-il de l'assistance ?**

L'assureur n'est, la plupart du temps, qu'un prescripteur. Il propose un service qui est assumé par un organisme spécialisé dans l'assistance. Contrairement aux principes dégagés jusqu'à présent, l'assureur ne règle pas d'indemnité mais offre un service qui concerne tant le véhicule que les personnes qui l'occupent. En cas d'accident, il s'engage à fournir un remorquage ou un dépannage, à faire acheminer des pièces manquantes localement, à rapatrier les occupants...

L'assistance automobile dépend souvent de la garantie souscrite. En d'autres termes, la garantie assistance varie d'une compagnie d'assurance à l'autre. Il faut également faire attention au contrat souscrit puisque les assurances proposent plusieurs types

d'assistance : de la garantie basique, avec une franchise kilométrique, à celle qui permet d'être assisté dans toutes circonstances. Les situations dans lesquelles le client peut faire appel à l'assistance sont, selon les contrats :

- Panne mécanique,
- Accident de la route
- Erreur de carburant
- Crevaison,
- Problèmes de clés : enfermement, dysfonctionnement, vol de clés
- Bris de glace.

Si le contrat du client contrat le couvre pour le ou les sinistres cités ci-dessus, il peut bénéficier des services d'assistance prévus. Un contrat d'assistance basique peut lui proposer :

- Le dépannage d'urgence sur place ou le remorquage de son véhicule,
- Le rapatriement à son domicile, l'attente sur place ou la poursuite de voyage à bord d'un autre véhicule (attention, ces trois options ne sont pas cumulables),
- La récupération du véhicule une fois réparé.

Dans le cas de contrats complets le client peut prétendre à d'autres prises en charge :

- Le rapatriement du véhicule à son domicile ;
- Une prise en charge des frais de transports,
- Un taxi de liaison pour rejoindre les lieux de mises en place des différentes garanties ;
- Un véhicule de remplacement le temps des réparations

• Que peut-on retenir de la protection juridique ?

Sur la protection juridique, faisant suite à la classique « Défense recours », elle a pour objet de mettre à la disposition de l'assuré les moyens juridiques pour le défendre lorsqu'il est poursuivi devant une juridiction répressive ou la commission de retrait du permis de conduire ou pour lui permettre d'exercer un recours contre un tiers lorsqu'il se trouve être victime.

La loi du 31 décembre 1989, a obligé l'assureur à :

- Indiquer sur l'avis d'échéance la part de cotisation affectée à cette garantie ;
- Préciser le système de gestion des sinistres qu'il a retenu : service distinct, société distincte ou avocat.

Par ailleurs, il serait contraire à l'article 1108 du Code civil que l'assuré qui entend bénéficier d'une garantie puisse gérer son sinistre seul. L'assureur continue donc de pouvoir donner son avis sur les dépenses à engager et sur l'opportunité d'une procédure.

L'assurance automobile / Les risques d'assurance de choses

- **Que savoir sur la garantie individuelle du conducteur ?**

L'assurance responsabilité civile ne couvre que les dommages subis par les passagers d'un véhicule. Pour que le conducteur soit également assuré, il doit souscrire une garantie spécifique : la garantie individuelle du conducteur.

La garantie individuelle du conducteur couvre les blessures qu'il subit lors d'un accident :

- Dont il est personnellement responsable ;
- Provoqué fortuitement, par exemple à cause d'une chaussée glissante ou du brouillard.

Selon les contrats, cette garantie peut également couvrir les membres de la famille de l'assuré, lorsqu'ils conduisent sa voiture.

L'indemnisation peut être calculée de deux manières : à hauteur du montant des frais réels ou selon un barème forfaitaire. Les frais pris en charge par le contrat sont en général :

- Les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques ;
- Les prothèses ;
- Les frais d'hospitalisation ;
- Le préjudice financier lié à un arrêt de travail ou à une incapacité permanente ;
- L'invalidité partielle ou totale permanente, avec toutefois un « plancher » entre 10 et 15 % d'invalidité, sous lequel l'assuré ne touche rien ;
- Le décès : un capital est versé à la famille du conducteur.

Le contrat peut prévoir des plafonds d'indemnisation, c'est-à-dire un versement maximal au-delà duquel l'assuré ne touche plus rien.

- **Que savoir sur les « Dommages accidents par collision »**

Avec cette garantie, l'assureur doit prendre en charge les dommages subis par le véhicule lorsqu'ils résultent d'une collision avec un tiers identifié, que ce tiers soit un véhicule ou une personne. Si les dommages résultent d'une collision avec un animal, son propriétaire doit être identifié.

L'assureur prévoit généralement de ne pas intervenir lorsque les services de police ou de gendarmerie ont détecté un taux d'alcoolémie supérieur au taux autorisé. Cette exclusion a été jugée licite dans une affaire où l'assuré invoquait l'article L. 211-6 du Code des assurances pour soutenir le contraire. Dans sa décision du 7 avril 2011, la Cour de cassation rappelle que le texte invoqué ne concerne que l'assurance de responsabilité civile, laissant toute liberté aux parties dans le cadre de l'assurance de chose

Les clauses sont diverses : la déchéance peut n'être encourue que lorsque le souscripteur du contrat est condamné pour conduite sous l'emprise d'un état alcoolique ou lorsque le conducteur a été soumis à un dépistage qui s'est avéré positif. Les premiers types de déchéance obligent l'assureur à intervenir lorsque le véhicule est conduit par un tiers ou lorsque le souscripteur décède avant l'audience qui aurait pu le condamner. Dans tous les cas, les tribunaux interprètent de façon restrictive les clauses contractuelles. Ainsi, un assureur ne peut déchoir un assuré contrôlé alors qu'il conduisait avec un taux de 0,5 g par litre de sang alors que le contrat faisait référence à une disposition du Code de la route qui fixait le seuil à 0,8 g.

De même, lorsque le contrat précise que l'exclusion ne s'applique pas lorsqu'il est établi que le sinistre est sans relation avec cette infraction, les juges ont pu considérer qu'il appartenait à l'assureur de prouver que l'accident était une cause directe de la conduite sous l'emprise de l'alcool.

En revanche, si le contrat fait référence au simple constat du dépassement des seuils autorisés, l'assuré ne peut invoquer le fait

que les poursuites engagées contre lui ont été abandonnées ou qu'il a été relaxé.

Compte tenu de l'évolution des moyens de contrôle, l'assureur peut également prévoir une exclusion lorsque le conducteur se trouve sous l'emprise de stupéfiants.

- **Que savoir sur les « Dommages tous accidents »**

Communément appelée Tous risques, cette garantie intervient en cas de versements sans collision ou de collisions avec un corps fixe ou mobile. Elle est donc plus large que la garantie précédente puisque l'on n'exige pas la présence d'un tiers identifié.

Elle est recommandée pour les propriétaires de voitures neuves ou récentes dont la valeur financière est importante. Un vieux véhicule ne nécessitera pas obligatoirement une garantie dommages tous accidents.

Pour précision, la garantie dommages tous accidents ne signifie pas que le client possède une couverture à 100 %. Il se peut que son assureur écarte les actes de vandalisme ou de malveillance, ainsi que les dommages figurants parmi les exclusions de garantie de son contrat.

L'assurance automobile / Les risques d'assurance de responsabilité

- **Quels sont les 3 cas particuliers suite à la conduite d'un individu ?**

Cas d'un véhicule dépourvu d'assurance : on vise l'hypothèse d'un véhicule loué ou prêté par un tiers. La garantie d'assurance peut s'avérer inexistante ou insuffisante. Le bénéficiaire du prêt pourra, si sa responsabilité civile est engagée à la suite d'un accident, invoquer la garantie de l'assureur de son propre véhicule.

Cas de la conduite à l'insu de l'assuré par un enfant mineur : on sait que l'assureur peut exclure de sa garantie les dommages causés par un conducteur démunie de permis de conduire. L'assureur peut s'interdire d'invoquer cette exclusion lorsque le conducteur est un enfant mineur de l'assuré qui s'est emparé de son véhicule à son insu. Notons que, généralement, les contrats d'assurance de responsabilité civile familiale prennent en charge les conséquences de la conduite par un enfant mineur d'un véhicule n'appartenant pas à l'assuré.

La jurisprudence considère en effet que le caractère d'ordre public de la loi du 5 juillet 1985 n'interdit pas de rechercher la responsabilité des parents en leur qualité de civillement responsable. Dès lors, les clauses de garantie du dommage subi par un tiers doivent être appréciées au regard de leur propre contexte et non en fonction du comportement du mineur.

Cas du défaut de permis de conduite d'un préposé : Il s'agit d'une hypothèse similaire à la précédente. Lorsqu'un préposé est démunie de permis de conduire, la responsabilité de l'employeur pris en sa qualité de gardien peut être garantie avec ce type de clause. Le contrat peut exiger que le motif de non-validité du permis soit postérieur à la date d'embauche.

- **Qu'en est-il des quelques cas spécifiques ?**

Lorsqu'une personne acquiert un véhicule, elle demande à son assureur de transférer les garanties du véhicule en instance de vente sur le nouveau. L'assuré peut se trouver, pendant un certain temps, propriétaire de deux véhicules. Par souci commercial, l'assureur peut accepter de garantir pendant un certain temps (en général un mois) le véhicule en instance de vente sans nécessairement percevoir de cotisation spécifique.

En ce qui concerne le remorquage occasionnel, compte tenu des évolutions jurisprudentielles, l'adjonction d'une remorque dépassant le poids fixé aux conditions particulières ne constitue plus nécessairement une hypothèse de non-assurance. La clause « remorquage occasionnel » supprime toute possibilité de sanction.

Nous avons évoqué celle relative à l'assureur du véhicule tracteur lorsqu'il est différent de l'assureur de la remorque. La situation est ici quelque peu différente puisqu'elle n'exige pas l'assurance du véhicule remorqueur ou remorqué.

Les dommages subis par les véhicules sont généralement exclus.

- **Quels sont les autres risques d'assurance de responsabilité ?**

La responsabilité du propriétaire du véhicule peut se trouver engagée à l'égard du conducteur du véhicule en cas de vice ou de défaut d'entretien du véhicule. Le contrat d'assurance « de base » garantit les dommages subis par les occupants du véhicule à l'exception de ceux subis par le conducteur.

L'objet de cette extension est donc de déroger à l'exclusion et de garantir les dommages subis par le conducteur.

Fidèle au principe selon lequel un accident de la circulation relève exclusivement de la loi du 5 juillet 1985, la Cour de cassation pourrait être amenée à effectuer quelques contorsions pour faire payer l'assureur. En effet, la victime ne peut agir que contre un conducteur ou un gardien. Pour que l'action ait quelques chances

d'aboutir, il faudrait admettre que le propriétaire est resté gardien de la structure du véhicule.

Sur la faute inexcusable de l'employeur ou de ses substitués. L'extension de garantie pour faute inexcusable de l'employeur ou de ses substitués revêt sans doute moins d'importance depuis la loi du 27 janvier 1993, autorisant les préposés victimes d'un accident de circulation considéré comme accident du travail à exercer un recours contre un co-préposé ou l'employeur. Les victimes seront peut-être moins incitées à rechercher la faute inexcusable de l'employeur ou d'un substitué dans la direction dans la mesure où elles pourront obtenir une réparation selon les règles du droit commun.

En cas de besoin, cette clause permet à l'assureur de rembourser à l'organisme social les majorations de cotisation « accidents du travail » et les préjudices personnels.

L'assurance automobile / La spécifié flotte automobile : Elaboration du contrat

• Quelle est la notion de flotte ?

Il n'existe pas de définition de la flotte. On a toutefois coutume de se rapprocher des termes du Code des assurances relatifs à l'application des clauses de réduction-majoration. L'article A. 121-2 du Code des assurances exonère du champ d'application de cette réglementation « les contrats garantissant plus de trois véhicules automobiles appartenant à un même propriétaire ».

L'approche du risque sous forme de flotte n'est pas une obligation, le client et l'assureur peuvent préférer la tarification en mono véhicules.

On distingue généralement les flottes fermées des flottes ouvertes :

- les flottes fermées sont constituées par l'ensemble des véhicules appartenant à une même entreprise ;
- les flottes ouvertes résultent généralement d'un accord entre une entreprise et un assureur. L'entreprise souscrit un contrat prévoyant une tarification et des garanties spécifiques dont peut bénéficier son personnel. L'employé intéressé adhère au contrat d'assurance de groupe. Il n'en demeure pas moins qu'il est considéré par l'assureur comme un particulier : notamment, il est soumis aux déclarations sur les antériorités et il bénéficie des règles de réduction-majoration (v. Cass. 1re civ., 26 nov. 1991, no 89-11.692).

• Pour la durée du contrat : qu'en est-il de la résiliation conservatoire ?

En réalité, l'approche de chaque échéance anniversaire donne le signal d'après négociations.

Afin d'influencer son partenaire, le client a l'habitude de dénoncer le contrat à l'échéance « à titre conservatoire ». Nous n'insisterons pas sur l'absence de portée juridique de cette pratique. En effet, si

les dispositions relatives au préavis ont été respectées, le contrat est résilié. Le client se trouve démunie s'il n'a pu trouver sur le marché, d'assureur susceptible de garantir son risque à de meilleures conditions.

- **Pour la durée du contrat : qu'en est-il de la résiliation pour sinistre ?**

On peut se demander si les dispositions de l'article A. 211-1-2 du Code des assurances sont susceptibles de trouver application. Rappelons que ce texte permet à l'assureur de résilier le contrat lorsque certaines conditions se trouvent réunies à l'occasion d'un accident (conducteur en état alcoolique, annulation ou suspension du permis de conduire pour une durée au moins égale à un mois). En effet, si l'on peut comprendre les motivations lorsqu'il s'agit d'un contrat de particulier, il est plus difficile de l'admettre si ce contrat garantit plusieurs centaines de véhicules.

Bien que nous n'ayons pas recensé de décisions de justice traitant spécifiquement ce problème, nous estimons que, dans la mesure où le texte est très général, l'assureur peut utiliser ces dispositions pour résilier avant le terme prévu. Citons, par analogie, un arrêt rendu par la première chambre civile de la Cour de cassation le 20 janvier 1993, qui considère qu'aucune disposition légale n'interdit dans un contrat groupe la résiliation pour sinistre (Cass. 1^{re} civ., 20 janv. 1993, no 90-12.482).

L'assurance automobile / La spécifié flotte automobile : La tarification

• Quelle est la tarification des flottes fermées ?

Lorsque l'on se reporte aux règles générales de tarification, on évoque le terme de prime pure. Il s'agit de définir le coût moyen d'un sinistre pour une certaine population clairement identifiée. Si une entreprise possède une flotte importante, elle constitue, aux yeux de l'assureur, sa propre mutualité. L'assureur peut donc procéder à une tarification en s'inspirant des résultats de l'entreprise.

L'accident de circulation doit être considéré comme un risque d'entreprise et être prévu dans un budget. Ainsi, une entreprise connaissant bien son risque peut estimer qu'il est inutile de souscrire des garanties d'assurance de choses. Le rôle de l'assureur est donc totalement différent de celui qu'il remplit à l'égard d'un particulier. Il est d'ailleurs assez rare que les véhicules soient désignés au contrat.

• Que dire des risques de fréquence et risques grave ?

Une entreprise de taille moyenne peut ne pas avoir besoin d'assureur pour les accidents courants engageant la responsabilité des personnes conduisant les véhicules dont elle a la propriété ou la garde. L'assureur est là pour gérer et supporter les dommages les plus importants. Deux notions se dégagent donc :

- **le risque de fréquence** : il englobe les accidents n'entraînant que des conséquences matérielles. Il revêt les caractères de fréquence élevée et de coûts relativement modérés ;
- **le risque grave** : il concerne essentiellement les dossiers corporels, c'est-à-dire les dossiers à fréquence plus faible mais dont le coût peut s'avérer très important. Le rôle de l'assureur consiste donc à faire supporter à l'entreprise son risque de fréquence et à constituer une réserve pour le risque de grave.

- **Quels sont les moyens de réduire le montant de la cotisation ?**

Lorsque l'assureur a déterminé le montant permettant de faire face au risque de l'entreprise, il le majore des chargements (frais de gestion et commission des intermédiaires) et des taxes applicables. Quatre techniques permettent de réduire la charge finale de l'entreprise en réduisant la masse de cotisations soumises aux taxes.

1. Franchise : L'entreprise accepte de conserver à sa charge un certain montant sur tout sinistre engageant sa responsabilité. La diminution de la charge de l'assureur entraîne une réduction de la prime à payer. Cette technique engendre davantage de gestion puisque l'assureur doit récupérer auprès de son assuré le montant de la franchise qu'il ne peut opposer aux tiers. Dès lors qu'il conclut un contrat comportant une franchise de responsabilité civile, l'assureur doit en faire la déclaration au Fonds de garantie. À la clôture de chaque exercice, l'entreprise bénéficiant de cette disposition doit verser au Fonds de garantie une somme correspondant à 5 % des indemnités laissées à sa charge (C. assur., art. L. 421-4-2). Ainsi, cette part de charge sinistre est fortement détaxée. Cette technique peut s'avérer dangereuse pour l'assureur en cas d'insolvabilité de son client.

2. Conservation : Il s'agit d'une forme plus élaborée de la franchise. La somme considérée comme nécessaire pour faire face aux sinistres est répartie en deux masses. L'une, appelée « conservation », correspond à une somme que l'entreprise confie à l'assureur pour payer les tiers. Elle est utilisée en priorité par l'assureur. L'autre correspond à la prime d'assurance soumise aux taxes légales. Si, à la clôture d'un exercice, la conservation n'a pas été épuisée, le solde doit être restitué à l'entreprise. Comme pour la franchise, l'entreprise verse au Fonds de garantie 5 % des sommes payées par l'assureur.

3. Participation aux résultats : Lorsque la tarification a été obtenue en considérant l'entreprise comme constituant sa mutualité

propre, il est naturel de l'intéresser aux résultats. Ceci peut l'amener à verser un complément de cotisation en cas de résultats déficitaires. La participation aux bénéfices est une forme plus limitée de la participation aux résultats, puisque seule est reversée à l'entreprise une partie des bénéfices découlant de la gestion du risque. Bien entendu, la vision des résultats d'un exercice, en raison de l'incidence des sinistres corporels, ne peut être précise que deux années plus tard au minimum.

4. Prévention : L'assureur peut être enclin à moins d'exigence tarifaire à l'égard d'un assuré qui a entrepris un véritable programme de prévention. Les statistiques démontrent que l'assurance, aussi complète soit-elle, ne peut couvrir une entreprise contre tous les dommages induits par un accident (immobilisation de véhicules, de chauffeurs, pertes de clientèle, franchises contractuelles...). Ces coûts non assurés représentent plus du triple des paiements des assureurs. Aussi, l'entreprise qui s'engage dans une telle action forme ses chauffeurs, analyse les accidents et en déduit les actions à mener. Bien évidemment, la sinistralité s'en trouve améliorée et le montant de la cotisation peut, lorsque les résultats le démontrent, s'en trouver réduit.

- **Comment appréhender la régularisation de la cotisation ?**

Le nombre de véhicules dont une grande entreprise est propriétaire ou gardienne varie au long de l'année.

Il ne peut être concevable qu'une déclaration soit faite à l'assureur pour tout engin entrant ou sortant du parc. Sur un plan pratique, l'intermédiaire, qu'il soit agent ou courtier, délivre les attestations d'assurance au fur et à mesure de l'entrée des véhicules dans le parc de l'assuré. Trois techniques permettent à l'assureur d'adapter la cotisation :

– **la règle de la demi-différence** : il s'agit de comptabiliser les véhicules en début d'année, en les répartissant par catégories (véhicules légers, poids lourds, deux roues, engins de chantier ou

de levage, etc.) et de procéder à la même opération en fin d'exercice. Le parc de référence est constitué par le parc du début d'exercice affecté de la moitié de la différence entre le nombre de véhicules en début d'exercice et celui comptabilisé en fin d'exercice ;

– **le calcul prorata temporis** : il s'agit d'enregistrer les dates d'entrée et de sortie des véhicules du parc. La cotisation tient compte des durées de présence du véhicule dans le parc ;

– **tout autre indice qui peut paraître pertinent aux parties**. Ce peut être une variation du chiffre d'affaires, de la masse salariale, etc.

L'assurance automobile / La spécifié flotte automobile : Garanties spécifiques

• Qu'est-ce que le contrat mission ?

Lorsqu'un préposé cause un accident de circulation au volant de son propre véhicule qu'il utilise dans l'intérêt de son employeur, son assureur peut soulever quelques difficultés de garantie (usage non conforme principalement). Par ailleurs, les dommages subis par le véhicule ne sont pas nécessairement garantis.

Pour faire face à ces difficultés, l'employeur, pour le compte duquel le déplacement est intervenu, peut avoir intérêt à souscrire un contrat personnel : le contrat mission (Cass. 1re civ., 26 nov. 1996, no 94-17.978).

Concernant l'évolution de la notion de mission. Il convient tout d'abord de rappeler que l'Assemblée plénière de la Cour de cassation, dans deux arrêts du 5 novembre 1992, a donné une définition extensive de la notion de trajet : « constitue un accident de trajet tout accident dont est victime le travailleur à l'aller ou au retour entre le lieu où s'accomplit le travail et la résidence dans des conditions où il n'est pas encore ou n'est plus soumis aux instructions de l'employeur » (Cass. ass. plén., 5 nov. 1992, no 89-86.340, Bull. civ. ass. plén., no 360 ; Cass. ass. plén., 5 nov. 1992, no 89-17.472, Bull. civ. ass. plén., no 11).

Dès lors, l'accident dont est victime un salarié partant de l'entreprise pour se rendre à son lieu de travail est un accident de trajet et non de mission.

La notion de mission semble donc réservée aux personnes ayant une activité du type de celle exercée par les représentants de commerce (v. Cass. soc., 19 juill. 2001, nos 99-21.536, Bull. civ. V, no 285 ; Cass. soc., 19 juill. 2001, no 99-20.603, Bull. civ. V, no 285). Quelle peut être, dans ces conditions, la portée de la clause « promenade-trajet » quand elle ne vise que le parcours domicile-lieu du travail principal ? Il sera sans doute difficile à un assureur de

soutenir que ce que la Cour de cassation définit comme un trajet correspond à la définition de mission.

On peut s'interroger également sur la nature du contrat mission. S'agit-il d'un contrat automobile ou d'un contrat de responsabilité civile ? L'enjeu de cette question n'est pas neutre puisque l'étendue des garanties et les conditions de résiliation, notamment, peuvent être différentes.

Pour répondre à cette question, il faut se reporter à l'article L. 211-1 du Code des assurances qui définit le domaine de l'assurance automobile obligatoire. Il y est dit que « toute personne (...) dont la responsabilité civile peut être engagée (...) doit, pour faire circuler lesdits véhicules, être couverte par une assurance ».

S'il ne fait aucun doute que la responsabilité de l'employeur peut être retenue en sa qualité de gardien du véhicule, il nous semble que la condition de souscription d'une assurance préalable avant la mise en circulation du véhicule ne peut être remplie dans le cas d'une assurance mission.

Par ailleurs, le contrat d'assurance automobile doit couvrir la responsabilité de toute personne ayant la garde ou la conduite, même non autorisée du véhicule. On constate que la responsabilité de l'employeur, en sa qualité de gardien, est déjà garantie par le contrat souscrit par son préposé. De plus, le contrat mission n'a pas pour objet de garantir la responsabilité de tout conducteur, même non autorisé. Il se limite à intervenir pour les dommages causés par les seuls préposés de l'entreprise.

Pour ces raisons principales, nous avons tendance à considérer que le contrat d'assurance mission ne correspond pas à la définition du contrat d'assurance automobile et relève du droit général des contrats de responsabilité civile.

Dès lors, les taxes applicables sont celles d'un contrat de responsabilité civile et non d'un contrat automobile, l'assureur n'est pas tenu de fournir de justificatif d'assurance, notamment de carte verte, il peut prévoir des limitations de garantie en dommages corporels, il n'est pas tenu de la procédure d'offre, les franchises éventuelles peuvent être opposées aux tiers.

- **Comment organiser le cumul avec l'assurance personnelle du préposé ?**

La Cour de cassation a rendu un arrêt sur ce point le 17 novembre 1993 (Cass. 1re civ., 17 nov. 1993, no 91-15.524). Elle considère qu'en présence d'un contrat spécifique (le contrat mission souscrit par l'employeur) et d'un contrat général (le contrat souscrit par le conducteur), seul le contrat spécifique doit intervenir.

Une autre décision semble confirmer cette position (Cass. crim., 4 sept. 1996, no 95-83.294).

Cette orientation, si elle peut se comprendre sur le plan économique lorsque l'on est en présence d'une pluralité d'assureurs, est tout à fait contestable sur le plan juridique. Elle crée en effet une hypothèse de non-assurance non prévue par les textes en cas de défaillance de l'assureur de l'entreprise.

On ne peut donc qu'accueillir avec satisfaction la décision rendue par la première chambre civile de la Cour de cassation le 9 juillet 2003 (Cass. 1re civ., 9 juill. 2003, no 00-19.113) qui replace le débat sur le terrain qu'il n'aurait jamais dû quitter en énonçant l'attendu de principe suivant : « Attendu que les contrats d'assurance prévus par « l'article L. 211-1 du Code des assurances » doivent couvrir la responsabilité civile de toute personne ayant la garde ou la conduite même non autorisée du véhicule et que les clauses d'exclusion de garantie qu'ils peuvent comporter sont limitativement prévues par le législateur ».

L'usage non conforme du véhicule ne figure pas parmi les clauses d'exclusion de garantie. Seules les règles relatives aux fausses déclarations peuvent s'appliquer.

Notons de plus que, dans le cadre de la Convention IRSA, les assureurs sont convenus de laisser l'indemnité définitive à la charge de celui qui garantit l'usage du véhicule au moment de l'accident.

- **Quelles sont les incohérences ?**

Nous n'évoquerons le sujet de celui des dommages causés par un préposé à l'occasion d'un accident de la circulation car la jurisprudence nous semble incohérente. En effet, après avoir admis qu'un non conducteur disposait d'un recours contre un conducteur, « fût-il son préposé » (Cass. 2e civ., 6 mars 1991, no 89-15.697), la Cour de cassation s'aligna sur la jurisprudence Costedoat pour considérer que, dans le cadre du service, seul l'employeur est responsable des dommages causés aux tiers (Cass. 2e civ., 28 mai 2009, no 08-13.310, Le conducteur d'un véhicule terrestre à moteur bénéficie de l'immunité du préposé).

En effet, un dommage ayant été causé par un préposé en service au volant d'un véhicule non assuré, le Fonds de garantie des assurances obligatoires, après avoir indemnisé le tiers, exerce son recours contre l'entreprise. Cette dernière étant en liquidation, le Fonds se retourne alors vers le préposé. Prenant alors le contrepied de la position bien connue sur l'autonomie de la loi de 1985, la Cour de cassation censure la cour d'appel qui avait admis le recours au motif que « n'est pas tenu à indemnisation à l'égard de la victime le préposé conducteur d'un véhicule de son commettant impliqué dans un accident de la circulation qui agit dans les limites de la mission qui lui a été impartie ».

Dès lors, on doit en déduire que l'employeur transporté dans son propre véhicule conduit par un de ses préposés ne sera pas indemnisé. En effet, la loi de 1985 autorisant les recours contre un conducteur ou un gardien ayant volé en éclats, seule restera l'indemnisation sur la base de la faute lourde (Cass. soc., 30 sept. 2014, no 13-20.082)

Pour contourner la difficulté, il serait sans doute judicieux d'invoquer le caractère relatif de l'interdiction de recours qui veut que, si une personne bénéficie d'une immunité, son assureur ne saurait s'en prévaloir (Cass. 1re civ., 8 déc. 1993, no 90-18.148). Ainsi, le préposé étant assuré par l'assurance de son employeur en sa qualité de conducteur du véhicule, l'employeur passager pourrait se faire indemniser par son propre assureur.

L'assurance automobile / La spécifié flotte automobile : Définition de la libre prestation de service

- **Qu'est-ce que la libre prestation de service ?**

Remarque préliminaire : L'assurance, notamment en ce qu'elle concerne les entreprises, ne s'analyse plus sur le seul plan national. Telle entreprise souhaitera n'avoir qu'un seul interlocuteur pour l'ensemble de ses risques, tant locaux que situés à l'étranger. La libre prestation de services est un moyen de répondre à ces questions.

Selon l'article L. 310-3 du Code des assurances reprenant l'article 12 bis de la directive du 22 juin 1988, la libre prestation de services désigne l'opération par laquelle une entreprise d'un État membre couvre ou prend, à partir de son siège social ou d'une succursale située dans un État membre, un risque ou un engagement situé dans un autre de ces États. En ce qui concerne les véhicules terrestres à moteur, l'État de situation du risque correspond au pays d'immatriculation (C. assur., art. L. 310-4 reprenant l'article 2.d de la directive du 22 juin 1988 précitée).

Cette notion permet, en attendant une éventuelle harmonisation européenne, d'asseoir les régimes de taxes afférentes au contrat d'assurance. Ainsi donc, le fait de souscrire un contrat auprès d'une société implantée à l'étranger ne permet pas de se soustraire aux règles fiscales locales. L'assureur exploitant en libre prestation de services doit d'ailleurs disposer dans le pays exploité d'un représentant fiscal (CGI, art. 1003 et 1004).

- **Faut-il avoir un agrément ?**

Toutefois, avant de pouvoir pratiquer la libre prestation de services, l'entreprise d'assurance doit obtenir un agrément.

La troisième directive non-vie du 18 juin 1992, transposée dans le Code des assurances par la loi du 4 janvier 1994, instaure le principe de l'agrément unique. Cela signifie qu'il suffit qu'une entreprise d'assurance dispose d'un agrément délivré par l'État dans lequel elle a son siège social et qu'elle l'informe de son intention de pratiquer la libre prestation de services.

Il appartient alors à l'État d'origine d'aviser ses homologues. L'État « exploité » en libre prestation de services n'est pas pour autant totalement dépourvu de toute possibilité d'intervention : il peut faire respecter l'intérêt général dans les clauses contractuelles et, en cas de situation grave, prendre des mesures de sauvegarde.

- **Quelles sont les particularités du contrat de libre prestation de service ?**

La première particularité est : **la langue**.

L'article L. 112-3 du Code des assurances énonce que le contrat doit être écrit en français. On imagine très aisément les raisons : il s'agit de la langue pratiquée par les personnes susceptibles d'être concernées par l'opération d'assurance et, en cas de conflit, par le magistrat.

Quel sort faudra-t-il réservé à la situation de l'étranger domicilié en France qui aura souscrit un contrat dans son pays d'origine écrit dans sa langue maternelle ? Il ne nous semble pas qu'il puisse encourir une quelconque nullité, l'objectif de la loi consistant à protéger les assurés eux-mêmes.

La deuxième particularité est : **Les Garanties**.

L'assureur exploitant en libre prestation de services doit respecter la législation du pays du lieu de situation du risque. Il ne peut donc, compte tenu des diversités encore notables actuellement, disposer d'un contrat unique valable pour l'ensemble des pays que l'entreprise souhaite exploiter en libre prestation de services.

Il peut en être autrement dans les domaines où la liberté contractuelle est la règle, c'est-à-dire essentiellement dans les

risques d'assurance de choses. L'assureur étranger ne devra toutefois pas oublier l'obligation de souscrire la garantie des catastrophes naturelles et technologiques dès qu'une garantie de choses aura été souhaitée par le prospect. Il ne faut pas perdre de vue non plus que les clauses contractuelles sont, en fait, appliquées par les experts qui ne manqueraient pas d'être déroutés par une approche entièrement novatrice par rapport à ce qu'ils sont habitués à traiter.

L'assurance automobile / La spécifié flotte automobile : La libre prestation de service et les obligations de l'assureur

- Que dire sur l'adhésion au Fonds de garantie, au Bureau central, à l'organisme d'indemnisation et à l'organisme d'information ?

Compte tenu du risque spécifique créé par la circulation automobile, la directive a imposé des dispositions particulières aux entreprises d'assurance souhaitant pratiquer la libre prestation de services en matière automobile.

Comme tout assureur national, l'assureur exploitant en libre prestation de services doit adhérer au Fonds de garantie (C. assur., art. L. 421-2), au Bureau central gérant la circulation internationale (C. assur., art. L. 421-15) ainsi qu'aux organismes créés lors de la transposition de la quatrième directive automobile (C. assur., art. L. 424-1 et s. ; C. assur., art. L. 451-1 et s.).

L'introduction de la libre prestation de services risque de créer des situations paradoxales : on sait que les bureaux ont été créés pour garantir l'indemnisation des victimes d'accident de circulation survenant sur leur territoire lorsqu'ils impliquent des véhicules immatriculés à l'étranger. Désormais, le national circulant dans le pays du domicile de l'assureur sera, de par sa plaque d'immatriculation, considéré comme en circulation internationale et bénéficiera de la garantie non pas directement de son assureur, mais du bureau local.

- Qu'en est-il des représentants ?

Dans la mesure où la gestion des sinistres en matière automobile plus que dans toute autre matière nécessite un service de proximité, l'article 6.4 de la directive du 18 juin 1992, repris par l'article L. 362-3 du Code des assurances, exige que l'assureur exploitant en libre prestation de services dispose dans le pays exploité d'un

représentant doté de pouvoirs suffisants pour le représenter auprès des lésés, des tribunaux et des autorités de l'État concerné. Ce représentant est nommé le correspondant « régleur ».

En ce qui concerne le représentant. Comme toute entreprise d'assurance, celle qui opère en libre prestation de services aura dû désigner un représentant chargé de « traiter et régler, dans l'État de résidence de la personne lésée, les sinistres résultants d'un accident de la circulation, dans lequel est impliqué un véhicule qu'elle assure, survenu sur le territoire d'un des États membres de l'Espace économique européen, à l'exclusion de l'État de résidence de la personne lésée, et ayant causé des préjudices à cette personne » (C. assur., art. L. 310-2-2).

- **Qu'en est-il des assurances des véhicules immatriculés à l'étranger ?**

Comme nous venons de le décrire, l'assureur qui souhaite pratiquer la libre prestation de services, c'est-à-dire garantir des véhicules immatriculés à l'étranger, va se trouver confronté à de nombreuses difficultés administratives. Or, les clients ne comprennent pas que, alors que la libre circulation des marchandises leur permet d'acquérir un véhicule à l'étranger, ils ne puissent le faire garantir immédiatement par leur assureur habituel.

Pour pallier cette difficulté, la Commission européenne a assoupli sa réglementation dans le cadre de la cinquième directive automobile, notamment dans l'article L. 211-4-1 du Code des assurances relatif au lieu de stationnement habituel et dans l'article L. 421-1 amenant le Fonds de garantie des assurances obligatoires à prendre en charge les dommages causés par le véhicule dans le mois qui suit l'acceptation de sa livraison. Dans ce cadre, un assureur pourra garantir la responsabilité civile découlant d'un accident causé par un véhicule immatriculé à l'étranger, dès lors qu'il est en instance d'immatriculation dans le pays du domicile de l'acquéreur.

L'assurance automobile / La spécifié flotte automobile : Son application

• Quel est le sort des conventions ?

Les assureurs français ont construit un édifice conventionnel imposant permettant d'accélérer le règlement des dommages subis par les victimes. L'arrivée de quelques assureurs étrangers est susceptible de nuire à l'équilibre ainsi trouvé. Le retour aux gestions antérieures a de quoi faire trembler les responsables de l'organisation des services de règlement.

Certains assureurs français sont tentés d'utiliser la libre prestation de services pour faire échapper au système conventionnel telle partie de leurs portefeuilles dont les résultats risqueraient de se trouver détériorés.

Le principe de liberté d'adhésion voulu par les organisations professionnelles permet à toute société, travaillant ou non en LPS, d'adhérer aux conventions.

• Que dire sur les ensembles routiers ?

L'assureur pratique la libre prestation de services sans le savoir. Lorsqu'il garantit des véhicules de deuxième catégorie, il inclut souvent « toutes les remorques qui peuvent être attelées aux véhicules garantis ». Si les tracteurs sont immatriculés en France, il peut en être différemment des remorques. La réglementation relative à l'utilisation de véhicules loués sans chauffeur dans le transport de marchandises par route devrait accroître encore ces pratiques (v. notamment, C. transp., art. R. 3211-48).

Des difficultés sont donc à prévoir : l'assureur ne devrait-il pas verser un forfait de taxes (il n'est pas matériellement envisageable de traiter cas par cas) aux États d'immatriculation des remorques habituellement tractées ? L'assureur garantissant l'ensemble routier peut-il disposer d'un recours contre l'éventuel assureur de la

remorque ? Dans l'affirmative, faut-il l'envisager sur la base du cumul d'assurances ou d'une autre règle ? Intégrée en deuxième lecture par le Parlement européen dans le cadre de la discussion sur la cinquième directive, la question de la législation applicable aux ensembles routiers a été retirée par la Commission qui a été chargée de clarifier la situation pour, le cas échéant, proposer une réglementation complète.

Elle sera sans doute intégrée dans le cadre d'une sixième directive puisque les principales parties intéressées, à commencer par les assureurs, sont disposées à admettre qu'il n'appartient pas à la victime d'un accident de rechercher les coordonnées du véhicule tracteur quand elle n'a pu identifier que la remorque. L'assureur de la partie de l'ensemble routier impliqué devrait garantir les dommages étant à la charge du conducteur ou du gardien du véhicule tracteur, sauf, par la suite, à exercer un recours, sans doute par voie conventionnelle, contre l'assureur de l'autre partie de l'ensemble. La France a souhaité anticiper cette évolution puisque le décret no 2007-1118 du 19 juillet 2007 (JO 21 juill.), de transposition de la cinquième directive européenne, modifiant l'article R. 211-4 du Code des assurances, intègre ce principe dans notre droit positif.

- **Quelle est son application sur les programmes internationaux ?**

Très prisé pour les risques d'assurance de choses et de responsabilité civile générale, le programme international est pratiquement méconnu en assurance automobile. On invoque le fait que chaque État dispose de sa propre réglementation à caractère obligatoire, que les sinistres sont nombreux et globalement peu onéreux.

Cependant, les entreprises disposant d'établissements à l'étranger souhaitent globaliser leurs risques pour jouer, de ce fait, un rôle plus pressant auprès de l'assureur.

En ce qui concerne les risques de responsabilité civile occasionnant des dommages corporels, l'intérêt d'un contrat DIC/DIL est certain

compte tenu des tendances des réassureurs à refuser d'accorder des garanties illimitées à leurs cédantes, même lorsque la loi nationale y constraint ces dernières, comme c'est encore le cas en France pour les dommages corporels.

L'un des intérêts d'un programme international en automobile serait de permettre une couverture lorsque les règles d'attribution de compétence juridictionnelle et de loi applicable peuvent ne pas être les mêmes que celles du lieu de survenance du sinistre ou du lieu de souscription de la garantie. Ainsi, un Nord-Américain, victime d'un accident dans lequel la responsabilité d'une entreprise européenne ayant des implantations dans son pays, peut-il engager une procédure devant les juridictions de son État et faire ensuite exécuter la décision à l'encontre de l'implantation de l'entreprise. La garantie d'un programme international permettrait sans doute de résoudre cette difficulté.

Mais, en analysant plus finement les demandes des clients, on s'aperçoit qu'ils recherchent une garantie d'indemnisation quel que soit le lieu de survenance du sinistre. Une garantie de programme international ne permet pas de majorer l'indemnisation telle qu'elle peut être fixée selon le droit du lieu de l'accident. Il paraît beaucoup plus judicieux de souscrire des contrats individuels de type « avance sur indemnité » : le régime de l'indemnisation peut y être explicité. Les règles locales d'indemnisation ne seront là que pour déterminer les mesures dans lesquelles l'assureur pourra exercer son recours.

L'assurance automobile / Assurance obligatoire et la circulation internationale : Détermination de la compétence judiciaire

• Quelle est la problématique générale ?

L'élargissement des frontières européennes ainsi que l'augmentation constante du parc automobile ont de facto entraîné une intensification du trafic transfrontalier. Il en résulte inévitablement une augmentation des accidents de la circulation entre véhicules immatriculés dans des pays différents. Ce phénomène moderne soulève des questions juridiques internationales.

Le droit international privé distingue traditionnellement les règles de compétence judiciaire des règles de droit applicable. Les premières déterminent le tribunal national compétent pour connaître du litige à caractère international, c'est-à-dire comportant un élément d'extranéité, tandis que les secondes indiquent la loi que ce dernier devra appliquer. Les règles de conflit une fois déterminées, reste à identifier les assureurs des responsables pour se faire indemniser.

• Quelle est l'action de la victime contre le responsable ?

La Convention de Bruxelles du 27 septembre 1968 (devenue Règl. UE, no 1215/2012, 12 déc. 2012, JOUE 20 déc., no L 351) définit les règles de compétence des tribunaux. Elle pose ainsi le principe général de la compétence du tribunal de l'État du domicile du défendeur. Cependant, en matière délictuelle et quasi-délictuelle, et donc d'accidents de la circulation, le texte donne aussi compétence, au choix du demandeur, au tribunal du lieu où le fait dommageable s'est produit.

Ce faisant, la victime française, passagère transportée d'un véhicule conduit par une personne domiciliée en France, d'un accident de la circulation survenu en Grande-Bretagne avec un véhicule conduit

par un anglais, peut donc choisir entre assigner le conducteur du véhicule dans lequel elle était passagère devant les tribunaux français ou le conducteur du véhicule adverse devant les tribunaux britanniques. Il appartiendra ensuite au tribunal compétent saisi, de déterminer la loi applicable à la situation juridique selon ses propres règles de droit international privé. En effet, chaque droit national possède ses règles de conflit de sorte que les critères de rattachement peuvent différer d'un pays à l'autre.

- **Quelle est action de la victime contre l'assureur du responsable ?**

Par décision du 13 décembre 2007, la Cour de justice des Communautés européennes a confirmé le souhait exprimé par les autorités européennes de faciliter le recours des victimes. En effet, l'article 9, paragraphe 1er du règlement no 44/2001/CE (abrogé par Règl. (UE) no 1215/2012, 12 déc. 2012, JO 20 déc., no L 351) prévoyait que l'assureur domicilié sur le territoire d'un État membre pouvait être attrait soit devant le tribunal de l'État où il a son domicile, soit devant le tribunal de l'État membre du demandeur en cas d'action intentée par le preneur d'assurance, l'assuré ou un bénéficiaire. Cette seconde branche de l'alternative visait sans aucun conteste l'action qui peut être intentée dans le cadre de rapports contractuels. Mais le terme « bénéficiaire » pouvait-il également concerner un tiers ?

Au terme de son analyse, la Cour conclut : « eu égard à l'ensemble des considérations qui précèdent, il convient de répondre à la question posée que le renvoi effectué par l'article 11, paragraphe 2, du règlement no 44/2001 à l'article 9, paragraphe 1er, sous b) de celui-ci doit être interprété en ce sens que la personne lésée peut intenter une action directement contre l'assureur devant le tribunal du lieu où elle est domiciliée dans un État membre, lorsqu'une telle action directe est possible et que l'assureur est domicilié sur le territoire d'un État membre ».

Le règlement no 1215/2012 du 12 décembre 2012, (JO 20 déc., no L 351) prend en compte cette jurisprudence. Tout en maintenant les

dispositions relatives aux relations entre l'assureur et son assuré, il précise, à l'article 12 que « l'assureur peut être attrait devant la juridiction du lieu où le fait dommageable s'est produit s'il s'agit d'assurance de responsabilité ou d'assurance portant sur des immeubles ».

L'assurance automobile / Assurance obligatoire et la circulation internationale : La loi application à la responsabilité civile

- **Quelles sont les règles de conflit spécifiques et la procédure d'execatur ?**

Concernant les règles de conflit spécifiques : En 1980, la Convention de Rome, entrée en vigueur le 1er avril 1991, a précisé les règles de détermination de la loi applicable aux obligations contractuelles. Nous ne nous y attarderons pas puisque des règles de conflit spécifiques sont fixées selon le type de responsabilité délictuelle concerné. Mais, auparavant, la France avait adhéré à une convention internationale. Aujourd'hui, des conflits de lois peuvent exister entre ces deux normes auxquelles la jurisprudence française vient d'apporter réponse.

En ce qui concerne la procédure d'execatur, la Convention de Bruxelles du 27 septembre 1968 fixe les règles en matière d'exécution des décisions. Elle dispose ainsi, dans son article 31, que les décisions rendues par le tribunal compétent sont exécutées sur le territoire d'un autre État contractant après avoir été déclarées exécutoires sur requête de la partie intéressée.

En France, celles-ci sont soumises à la procédure d'execatur, décision par laquelle le tribunal de grande instance vérifie que le jugement étranger n'est pas contraire à l'ordre public français afin de lui conférer une valeur exécutoire sur le territoire national.

- **Que savoir sur la convention internationale de La Haye ?**

S'agissant des accidents de la circulation, une convention internationale a été proposée à la signature des États à La Haye le 4 mai 1971. La France est l'un des rares pays à l'avoir signée. Son article 3 prévoit la compétence de principe de la loi du lieu d'accident *lex loci delicti* (Cass. 2e civ., 19 mai 2016, no 15-15.344).

Par exception néanmoins, cette compétence est écartée lorsque tous les véhicules impliqués dans l'accident sont immatriculés dans un même État (art. 4) : dans pareille hypothèse, la loi de cet État a alors vocation à s'appliquer (Cass. 1re civ., 30 sept. 2003, no 00-21.121, Bull. civ. I, no 191 ; Cass. crim., 12 févr. 2013, no 12-80.535). Par ailleurs, selon l'article 3, le consentement mutuel des parties permet de déroger à l'application de cette convention (Cass. 1re civ., 19 avr. 1988, no 85-18.715, Bull. civ. I, no 104, Rev. crit. DIP 1989, p. 68).

Enfin, conformément aux principes généraux de droit international privé, la loi du lieu de l'accident peut encore être écartée lorsqu'elle est incompatible avec l'ordre public international (art. 10). Ne peut être considérée comme relevant de cet ordre public international la loi française du 5 juillet 1985 relative à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation (L. no 85-677, 5 juill. 1985, JO 6 juill.) : « le caractère impératif de la loi du 5 juillet 1985 ne devant pas être confondu avec l'ordre public international » (Cass. 1re civ., 4 févr. 1992, no 90-18.080).

D'une façon générale, la loi Badinter ne peut donc pas régir les accidents survenus à l'étranger (Cass. 1re civ., 12 juill. 2001, no 99-10.889, Bull. civ. I, no 219, précité). Cependant, les victimes domiciliées en France peuvent utiliser les dispositions des articles 706-3 et suivants du Code de procédure pénale qui, lorsque leur qualité de victime d'infraction est reconnue, leur permettent de bénéficier d'une indemnisation selon les règles du droit français. L'exception visée au premier article concernant les victimes d'accidents de la circulation relevant du champ d'application de la loi du 5 juillet 1985 ne peut jouer puisque, dans la majorité des cas, la loi du lieu de l'accident est retenue.

En cas de pluralité de victimes, les règles de conflit s'appliquent au cas par cas ; il convient donc d'examiner la situation juridique spécifique à chacune d'elles. La désignation de la loi applicable est importante car elle détermine les modalités d'indemnisation de la victime. Ainsi, seules les victimes d'accident de la circulation entrant dans le cadre de la loi du 5 juillet 1985 pourront bénéficier de sa procédure d'offre.

La Convention de La Haye ne concerne que les relations délictuelles et quasi-délictuelles. Aussi, ne s'applique-t-elle pas aux obligations contractuelles telles que celles issues d'un contrat de transport de voyageurs. En effet, il appartient, dans ce cas, de se référer à la volonté des parties. Elle ne régit pas non plus les conflits relatifs au recours des organismes sociaux.

- **Que savoir sur le règlement européen « Rome II » ?**

Tous les États membres de l'Union européenne ne sont pas signataires de la Convention de La Haye de sorte qu'il existe un manque d'harmonisation dans ce domaine. Ainsi, si l'État du tribunal saisi n'adhère pas à la convention, celle-ci ne peut s'appliquer. Tel est, par exemple, le cas de la Grande-Bretagne où la règle de conflit désignait la loi du pays de domiciliation de la victime (*lex damni*) comme applicable. Ainsi, s'agissant du cas d'espèce évoqué précédemment, si la victime française, passager transporté, choisissait d'exercer son action en réparation à l'encontre du conducteur français du véhicule dans lequel elle était transportée, le tribunal français compétent devait appliquer, conformément à la Convention de La Haye, la loi du lieu de survenance de l'accident, soit la loi britannique. En revanche, si la victime assignait le conducteur du véhicule adverse, le tribunal anglais compétent devait appliquer la loi du lieu de domicile du demandeur, soit la loi française.

Aussi, pour parachever le système conventionnel de droit privé international, encore fallait-il élaborer une convention de règlement applicable aux obligations non contractuelles. Et c'est dans cet esprit que la Commission européenne a adopté le 22 juillet 2003 une proposition de règlement Rome II, texte d'application directe en droit interne qui a vu définitivement le jour le 11 juillet 2007 et est entré en application en droit interne le 11 janvier 2009. Il vise à harmoniser l'ensemble des règles régissant les conflits de lois en matière d'obligations non contractuelles afin d'échapper au forum shopping et au law shopping (le choix par les victimes de la loi qui

leur est la plus favorable) et par suite, d'éviter l'insécurité juridique. Il n'est donc pas limité aux seuls accidents de la circulation.

La question de l'opportunité d'intégrer dans le projet de règlement Rome II une règle de conflit spécifique en matière d'accident de la circulation n'a pas été tranchée. A cependant été organisée une étude sur les différentiels d'indemnisation en Europe et de proposer des moyens d'y remédier. À sa suite, la Commission européenne a décidé de lancer une consultation on the Compensation of victims of Cross-Border Road Traffic Accidents in the European Union, qui devait durer jusqu'au 29 mai 2009.

Il en est ressorti l'impossibilité d'harmoniser les régimes d'indemnisation. Les États membres sont invités à communiquer davantage auprès de leurs ressortissants sur les risques qu'ils encourrent lorsqu'ils se déplacent à l'étranger. En ce qui concerne les juridictions britanniques, on ne peut que constater une évolution de leur part. En effet, une décision du 27 juillet 2010 rendue par la Queen's Bench Division, s'oriente vers l'application de la loi du lieu de survenance de l'accident. Reste à voir si elle sera confirmée par d'autres arrêts. Pour sa part, la jurisprudence française considère que, dans la mesure où la convention de La Haye est ouverte à des pays autres que l'Europe, elle a une valeur supérieure au règlement no 864/2007 qui lui, n'oblige que les européens (Cass. 1re civ., 30 avr. 2014, no 13-11.932).

L'assurance automobile / Les différents systèmes d'assurance de RC automobile : Le système « carte verte »

• Quel est le système et la valeur de la carte verte ?

La garantie de responsabilité civile automobile ne jouait à l'origine que sur le territoire dans lequel était immatriculé le véhicule assuré. Dès lors, le conducteur se déplaçant à l'étranger était tenu de souscrire une assurance à l'entrée du territoire visité lorsqu'une telle obligation était posée par sa législation nationale. Pour remédier à cette contrainte, un système international d'assurance de responsabilité civile, appelé le système de la carte verte, a été instauré. Mais continue à coexister avec ce système celui de l'assurance frontière.

Le système carte verte a été mis en place en 1949 à l'initiative de l'ONU dans le cadre d'une convention signée par 22 bureaux européens qui sont des organismes locaux auxquels sont tenus d'adhérer à l'échelle nationale l'ensemble des assureurs pratiquant l'assurance de responsabilité civile automobile. Ces bureaux ont le double rôle d'émettre des documents, les cartes vertes, qui constituent, à l'étranger, des preuves d'assurance et de garantir l'indemnisation des dommages causés par des véhicules immatriculés à l'étranger sur leur territoire national. En France, ce bureau s'appelle le Bureau central français (v. site : www.bcf.asso.fr). Les différents bureaux sont réunis au sein du Conseil des Bureaux (www.cobx.org).

Reposant sur l'existence dans chacun des pays signataires d'une assurance obligatoire de responsabilité civile, le système carte verte connaît un véritable succès puisque quarante-quatre pays y adhèrent au 1er janvier 2007. Il a pour avantage d'éviter au conducteur circulant sur un territoire étranger adhérant de souscrire un contrat d'assurance de responsabilité civile différent à chaque fois qu'il traverse une nouvelle frontière. Ainsi, l'article R. 211-22 du Code des assurances dispose que « satisfont à l'obligation

d'assurance, lorsqu'elles sont munies d'une carte internationale d'assurance dite « carte verte » en état de validité, les personnes qui font pénétrer en France un véhicule qui n'a pas son lieu de stationnement habituel en France ou dans un État visé à l'article L. 211-4 ».

La carte verte a valeur d'attestation d'assurance dans le pays d'émission ; en tant que telle, elle pose une présomption simple d'assurance. À l'étranger, ce certificat international d'assurance, émis par le bureau national, vaut présomption irréfragable de garantie RC.

Par ailleurs, afin de supprimer les contrôles d'assurance aux frontières, les pays membres de l'Espace économique européen (EEE) ont signé, le 15 mars 1991, la Convention Multilatérale de Garantie (CMG), instaurée sous l'impulsion de la première directive automobile no 72/166/CEE du 24 avril 1972, et ratifiée par la Commission européenne le 30 mai 1991. Aux termes de cette convention, la plaque d'immatriculation équivaut à une attestation d'assurance : la carte verte n'a donc plus à être demandée à l'entrée dans ces pays.

- **Quel est le rôle du bureau central français ?**

En cas d'accident causé par un automobiliste étranger en France, le Bureau central français est désigné comme gestionnaire du sinistre : il a en charge le règlement du dossier. Chaque bureau national indemnise les victimes d'accidents de la circulation causés sur son territoire par un véhicule dont le stationnement habituel est situé dans un autre État membre. La nationalité de la victime est indifférente. Dans la pratique, de nombreux bureaux nationaux confient la gestion des sinistres à des correspondants qu'ils désignent et auxquels ils donnent mandat : il peut s'agir d'une société d'assurance ou d'un organisme spécialement dédié et spécialisé dans ce type de gestion. Mais les assureurs peuvent également demander à ce que les sinistres causés par leurs assurés à l'étranger soient gérés par les correspondants qu'ils souhaitent. Pour ce faire, il suffit d'obtenir l'accord des bureaux

concernés dans la mesure où ces derniers restent garants de l'indemnisation des dommages causés par des véhicules immatriculés à l'étranger.

• Que savoir du lieu du stationnement habituel ?

L'article L. 211-4 du Code des assurances définit de manière extensive l'étendue territoriale de l'obligation d'assurance RC automobile : « l'assurance prévue à l'article L. 211-1 doit comporter une garantie de la responsabilité civile s'étendant à l'ensemble des territoires des États membres de la Communauté européenne ainsi qu'aux territoires de tout État tiers pour lequel les bureaux nationaux de tous les États membres de la Communauté européenne se portent individuellement garants du règlement des sinistres survenus sur leur territoire et provoqués par la circulation des véhicules ayant leur stationnement habituel dans cet État tiers ».

Le lieu de stationnement habituel s'entend de l'État dont le véhicule est porteur d'une plaque d'immatriculation (CJCE, 9 févr. 1984). Est en effet visé l'État d'immatriculation du véhicule ou à défaut, l'État sur le territoire duquel est domiciliée la personne gardienne dudit véhicule. Si le certificat d'immatriculation a été régulièrement délivré, peu importe qu'il ait fait ou non l'objet d'un retrait le rendant invalide. En revanche, lorsque la plaque d'immatriculation du véhicule est fausse, la Convention de Stockholm du 17 septembre 1993, applicable notamment aux bureaux signataires de la CMG, précise qu'il ne faut pas en tenir compte pour la désignation du pays de stationnement habituel. Pour les pays non signataires de la CMG, la jurisprudence européenne énonce que la plaque minéralogique désigne l'État de stationnement habituel en toute hypothèse (CJCE, 12 nov. 1992). Cependant, les juridictions françaises semblent moins laxistes sur cette question puisqu'elles considèrent que les fausses plaques d'immatriculation ont pour effet de modifier le lieu de stationnement habituel conformément aux directives européennes (Cass. crim., 16 avr. 1992, no 91-82.591). La charge de la preuve pèse sur la victime.

Pour information, le Conseil des bureaux a rénové son organisation en édictant le Règlement général de mai 2002, entré en vigueur le 1er juillet 2003. Ce document réunit la CMG et la Convention Type Inter Bureaux (CTIB du 1er janvier 1991 qui concerne les pays non signataires de la CMG). Le Règlement général est un document de base qui donne la définition d'une série de termes importants, règle la gestion des réclamations ainsi que la désignation des correspondants et les modalités de remboursement. Il est ainsi prévu que, dans l'année qui suit le paiement de l'indemnité due à la victime, le bureau ou son correspondant éventuel exercera ensuite une action en remboursement contre l'assureur du responsable ou le bureau émetteur de la carte verte, lesquels disposent alors d'un délai respectif de deux et un mois pour procéder audit remboursement. À défaut, ils encourtent des intérêts de retard de 12 % par an. Ce dernier bureau qui pourra à son tour exercer le cas échéant un recours contre l'assureur ou le Fonds de garantie (C. assur., art. R. 421-1).

L'assurance automobile / Les différents systèmes d'assurance de RC automobile : L'assurance frontière

• Que signifie l'assurance frontière ?

Les véhicules immatriculés dans des pays non adhérents au système carte verte demeurent, quant à eux, soumis à l'obligation de souscrire une assurance à l'entrée du territoire français. Cette assurance doit leur permettre de circuler sur tout le territoire de l'Union européenne (Dir. no 2009/103/CE, 16 sept. 2009) et, plus généralement, d'un pays ayant instauré un régime légal d'assurance automobile obligatoire : leurs conducteurs doivent contracter une assurance spéciale dite assurance frontière.

Cette dernière est le plus souvent délivrée aux postes frontières, c'est à dire, principalement, aux aéroports internationaux et aux ports. Les encaissements des primes correspondant à cette assurance frontière peuvent être effectués par l'administration des douanes (C. assur., art. R. 211-23). En réalité, cette assurance spéciale est souscrite auprès du groupement de coassurance « Assurance frontière », lequel est géré par le Bureau central français (C. assur., art. R. 211-24). Cependant, certains assureurs ayant souhaité pénétrer ce marché, le décret du 19 juillet 2007, les autorise, sous certaines conditions, à remplir ce rôle mais, bien entendu, ils conservent tant les cotisations que les sinistres à leur charge. Il y a donc tout lieu de penser que le rôle du groupement de coassurance se trouvera réduit d'autant.

Au moment de la souscription, une attestation est alors délivrée au souscripteur.

De durée limitée à trente ou quatre-vingt-dix jours, l'assurance frontière est néanmoins renouvelable une seule fois pour une période identique à celle initialement prévue. Mais lorsqu'elle est souscrite à l'entrée de l'un des États membres de l'Union européenne, l'assurance frontière est valable sur l'ensemble du territoire communautaire.

• Cas pratique sur l'assurance frontière

Monsieur SAINT-JEAN du Canada vient visiter l'Europe avec son véhicule Canadien, un véhicule de marque FORD. Son immatriculation hors CEE (communauté économique européenne) ne lui permet pas de souscrire un contrat comme un résident. UNEASSURANCE lui propose une assurance frontière sur Internet de 30 jours qui lui permet de continuer son périple. L'assurance frontière est une assurance automobile temporaire réservée aux véhicules munis d'une immatriculation « hors de la zone carte verte ».

UNEASSURANCE spécialisé en assurance frontière sur internet a permis à Monsieur SAINT-JEAN de souscrire un contrat d'assurance. Pourtant, il ne possède pas de résidence dans notre pays, encore moins de compte bancaire. Il n'a pas non plus, de relevé d'information ou de contrôle technique. Ainsi, l'assurance temporaire permet ce type de couverture, sitôt débarqué du bateau.

• Exemple pour une assurance auto frontière

Exemples de tarifs pour une assurance auto frontière :

- * Pour 30 jours, une assurance auto frontière peut coûter 149,00€.
- * 315,00€, c'est le meilleur prix en assurance voiture frontière de 90 jours.

Exemples d'éléments à vérifier avant toute souscription :

- * Pas plus de 2 sinistres déclarés dans les 36 derniers mois.
- * 2 ans de permis sont requis pour toute souscription en ligne.
- * Ne pas être sous le coup d'une résiliation pour conduite en état d'ivresse.

Avantages d'une assurance auto frontière en ligne :

- * Sauvegarde des documents et le client peut payer au dernier moment.
- * L'assurance peut assurer temporairement le véhicule (ex : à partir de 3,50€ par jour)

* Réglez plus tard, que lorsque le client aura besoin de son attestation.

L'assurance automobile / Les différents systèmes d'assurance de RC automobile : Le code des assurances européen

- **Quelle est l'origine du code des assurances européen ?**

Rappelons tout d'abord que le législateur européen a élaboré cinq directives dans le domaine de l'assurance automobile :

- **la directive 72/166/CEE du Conseil du 24 avril 1972** (JOCE 2 mai, no L 103), concernant le rapprochement des législations des États membres relatives à l'assurance de la responsabilité civile résultant de la circulation de véhicules automoteurs, et au contrôle de l'obligation d'assurer cette responsabilité ;
- **la deuxième directive 84/5/CEE du Conseil du 30 décembre 1983** (JOCE 11 janv. 1984, no L 008), concernant le rapprochement des législations des États membres relatives à l'assurance de la responsabilité civile résultant de la circulation de véhicules automoteurs ;
- **la troisième directive 90/232/CEE du Conseil du 14 mai 1990** (JOCE 19 mai, no L 129), concernant le rapprochement des législations des États membres relatives à l'assurance de la responsabilité civile résultant de la circulation de véhicules automoteurs ;
- **la directive 2000/26/CE du Parlement européen et du Conseil du 16 mai 2000** (JOCE 20 juill., no L 181), concernant le rapprochement des législations des États membres relatives à l'assurance de la responsabilité civile résultant de la circulation des véhicules automoteurs ;
- **la directive 2005/14/CE du Parlement européen et du Conseil du 11 mai 2005** (JOUE 11 juin, no L 149) modifiant les directives 72/166/CEE, 84/5/CEE, 88/357/CEE et 90/232/CEE du Conseil et la directive 2000/26/CE du Parlement européen et du Conseil sur l'assurance de la responsabilité civile résultant de la circulation des véhicules automoteurs.

La lecture de ces textes était devenue très difficile, chacun venant ajouter ou modifier un ou plusieurs textes précédents.

À la suite d'un certain nombre de demandes, notamment de l'Institut pour le Droit Européen de la Circulation, la Commission européenne a réuni tous ces textes dans un code transposant à l'identique les directives existantes. Ceci fut réalisé par la directive no 2009-103 du 16 septembre 2009 (JOUE 7 oct., no L 263). Notons que, à l'inverse des autres directives, il ne sera pas utile de prévoir de transposition puisque, comme nous l'avons indiqué, il ne s'agit que d'une codification à périmètre identique des directives existantes.

- **Quels sont les principes essentiels du code des assurances européen ?**

1. Définitions

« **Véhicule** » : tout véhicule automoteur destiné à circuler sur le sol et qui peut être actionné par une force mécanique, sans être lié à une voie ferrée ainsi que les remorques, même non attelées. Il n'est nulle question de siège pour conducteur, de mode de traction ou de lieu de circulation.

« **Territoire où le véhicule a son stationnement habituel** » : il s'agit du territoire de l'État dont le véhicule porte une plaque d'immatriculation, que celle-ci soit permanente ou temporaire ou, dans le cas où il n'existe pas d'immatriculation pour un genre de véhicule, mais que ce véhicule porte une plaque d'assurance ou un signe distinctif analogue à la plaque d'immatriculation, le territoire de l'État où cette plaque ou ce signe sont délivrés ; ou, dans le cas où il n'existe ni immatriculation ni plaque d'assurance ni signe distinctif pour certains types de véhicules, le territoire de l'État du domicile du détenteur, ou, dans le cas où le véhicule est dépourvu de plaque d'immatriculation ou porte une plaque qui ne correspond pas ou ne correspond plus au véhicule et qu'il a été impliqué dans un accident, le territoire de l'État dans lequel l'accident a eu lieu.

2. Obligation d'assurance

Chaque État membre prend les dispositions pour que tous les

véhicules ayant leur stationnement habituel sur leur territoire soient couverts par une assurance couvrant les dommages corporels et matériels. L'État peut cependant dispenser certaines personnes physiques ou morales sous réserve de prendre des dispositions permettant d'assurer l'indemnisation des victimes de véhicules appartenant à de telles entités. La garantie de responsabilité civile couvre la responsabilité du conducteur à l'égard de tous les passagers, même s'ils sont membres de sa famille. Les franchises de responsabilité sont inopposables aux tiers.

3. Contrôle

Les États membres s'abstiennent de procéder au contrôle de l'assurance de responsabilité civile des véhicules immatriculés dans un pays de l'Union Européenne, le seul fait d'être stationné dans un pays européen entraînant une présomption d'assurance de responsabilité. Cependant, des contrôles peuvent être effectués sous réserve qu'ils ne revêtent pas de caractère discriminatoire.

4. Fonds de garantie

Chaque État doit créer un organisme ayant comme obligation d'indemniser les victimes de dommages corporels et matériels causés par un véhicule non identifié ou un véhicule pour lequel il n'a pas été satisfait à l'obligation d'assurance. Si l'État peut exclure ou limiter l'intervention de cet organisme pour les dommages matériels causés par un auteur non identifié, il doit cependant les prendre en charge si, en sus des dommages matériels, des dommages corporels « importants » ont été causés. Dans ce cas, la limitation ne peut dépasser 500 euros.

5. Relevé d'informations

Les États membres prennent toute disposition pour que le preneur d'assurance puisse obtenir un relevé des sinistres survenus au cours des cinq dernières années.

6. Dommages subis à l'étranger

Les personnes qui subissent des dommages suite à un accident de

la circulation sur un territoire étranger rencontrent la plupart du temps des difficultés liées aux particularités juridiques, à la langue ou encore aux règles procédurales de ce dernier. Il est mis en place : un organisme d'information : les assureurs sont tenus de mettre en place un système permettant à toute victime d'obtenir les coordonnées de l'assureur du véhicule impliqué dans l'accident à partir du numéro d'immatriculation.

- **Que savoir des perspectives du code des assurances européen ?**

La Commission européenne a présenté le 24 mai 2018 un projet de directive complétant l'architecture actuelle. Certains aspects sont sans incidence sur la législation française, d'autres devront entraîner des ajustements dans les textes ou la pratique. La technique de la co-décision a été envisagée, c'est à dire que le texte final devra avoir obtenu l'accord du Parlement européen et du Conseil. Aucun délai n'est envisagé pour sa mise en œuvre. Naturellement, le projet a été concocté par la Commission mais elle a, auparavant, consulté l'ensemble des États. D'ores et déjà, la France, notamment par la voix de la Fédération Française de l'Assurance, a donné son accord sur les orientations générales.

Parmi les principales dispositions :

1. Complément de définition

L'article 1 bis complète les définitions de l'article 1 de la directive consolidée.

Il intègre les différents arrêts rendus par la Cour de justice de l'Union européenne qui ont précisé que les véhicules concernés par l'obligation d'assurance :

- sont ceux qui sont affectés au transport de personnes ou de marchandises. Incidemment, sont exclus ceux qui sont utilisés dans leur fonction outil ;
- peu importe le lieu où ils se trouvent, dans un lieu ouvert ou non à la circulation publique.

2. Le contrôle de l'assurance

De principe, tout véhicule régulièrement immatriculé dans un pays de l'Union européenne est considéré comme assuré quand il circule dans un autre pays de l'Union. De la sorte, le contrôle de l'obligation d'assurance ne s'impose pas. Cependant, l'un des objectifs communs de l'Union européenne étant de lutter contre la non assurance, des contrôles peuvent être mis en place, notamment automatiques. Pour qu'ils soient efficaces, encore faut-il que les pays échangent leurs données sur les véhicules assurés.

3. Harmonisation des minima des garanties

La directive 84/5/CEE prévoyait un minimum de garantie RC :
– pour les dommages corporels, à 350 000 Écus lorsqu'il n'y a qu'une victime ; lorsqu'il y a plusieurs victimes lors d'un seul sinistre, ce montant est multiplié par le nombre des victimes ;
– pour les dommages matériels, à 100 000 Écus par sinistre quel que soit le nombre de victimes.

Aucune revalorisation n'était prévue. C'est pourquoi, la cinquième directive a, non seulement actualisé mais réévalué les montants à 1 million d'euros par victime ou de 5 millions d'euros par sinistre, indépendamment du nombre de victimes. Cependant, une période transitoire de cinq ans a été instaurée. Dans les trente mois suivant la date de mise en œuvre, les États membres devraient accroître les montants minimaux pour qu'ils atteignent au moins la moitié des niveaux prévus. Dans le même temps, ces montants étaient réévalués tous les cinq ans. De la sorte, s'ils devaient se réduire, les écarts persistaient. L'objectif de la directive est donc d'uniformiser les minima de garantie dans tous les pays de l'Union européenne.

4. Fonds de garantie « défaillance »

Cette disposition est sans incidence fondamentale pour la France qui a déjà confié au FGAO (C. assur., art. L 421-9) le soin d'indemniser les victimes lorsque l'assureur du responsable était devenu insolvable. La directive crée cependant une ambiguïté dans la mesure où cet organisme est également chargé de prendre en

charge l'indemnisation des victimes qui n'auraient pas reçu de réponse motivée de la part de l'assureur du responsable dans les trois mois de la réclamation. Cet organisme a été institué par la quatrième directive automobile et transposé dans le Code des assurances par la loi no 2003-706 par les articles L. 424-1 et suivants. Dès lors, une nouvelle codification est envisageable.

5. Relevé d'informations

La cinquième directive demandait aux États membres de mettre en place un relevé d'information.

Force est de constater que rien n'obligeait un assureur à prendre en compte les états établis par leurs homologues étrangers. La directive harmonise les mentions que ce document doit réunir. Bien entendu, la directive limite l'obligation à la mention des sinistres de responsabilité alors que le texte français actuel – C. assur., art. A. 121-1, annexe, art. 12 – laisse entendre que, sous le vocable nature du sinistre, doivent également figurer les sinistres sans tiers. Dans tous les cas, la réglementation devra être complétée puisque le projet de directive prévoit que le coût du sinistre sera mentionné. Encore quelques discussions sur le plan professionnel pour déterminer s'il s'agit du coût réel ou, quand il s'applique, le coût conventionnel.

L'assurance automobile / Le contrôle de l'obligation d'assurance : L'attestation d'assurance

• Quels sont les textes applicables ?

Le défaut d'assurance en tant que tel est un délit, visé dans le Code de la route. Il est donc particulièrement important de préciser sur qui repose chacune des obligations.

Lorsque le souscripteur a effectué le paiement de la cotisation, son assureur lui adresse une attestation d'assurance.

L'article R. 211-14 du Code des assurances énonce que tout conducteur d'un véhicule terrestre à moteur mentionné à l'article L. 211-1 du Code des assurances doit « être en mesure de présenter un document faisant présumer que l'obligation d'assurance a été satisfait ».

Naturellement, si le conducteur est en mesure de produire le contrat lui-même, il fait plus que répondre aux conditions réglementaires, puisque ce document constitue une preuve de l'existence du contrat d'assurance. Il serait toutefois erroné d'en déduire que l'assureur ne peut dénier sa garantie. Mais, plus généralement, le texte vise une autre pièce qui est habituellement remise par l'assureur à la souscription du contrat et de chacune de ses échéances. Il s'agit de l'attestation d'assurance. À défaut de ce document, la présomption d'assurance peut être établie par tout moyen.

Si le véhicule est un ensemble routier, un seul document peut être remis, à condition qu'il présente le type de remorques ou semi-remorques qui peuvent être utilisées avec, éventuellement, leur numéro d'immatriculation (C. assur., art. R. 211-15).

L'assureur doit délivrer ce document dans un délai maximal de quinze jours à compter de la souscription du contrat et lors du paiement des cotisations suivantes.

Si l'assureur ne peut satisfaire cette demande (ce qui devient très rare compte tenu du traitement informatisé des adhésions), il doit délivrer une attestation provisoire dont la durée ne peut être supérieure à un mois (C. assur., art. R. 211-17).

Selon l'article A. 211-8 du Code des assurances, l'attestation d'assurance doit être de couleur jaune. Dans un souci de simplification des procédures, les assureurs ne délivrent plus d'attestations d'assurance, mais des cartes vertes. Cette faculté leur est donnée par l'article R. 211-17 du Code des assurances qui accorde à ce document la même valeur que l'attestation d'assurance.

- **Quelles sont les mentions et sanctions ?**

Outre les éléments d'identification de l'assureur, l'attestation doit comporter :

- les nom, prénom et adresse du souscripteur du contrat ;
- le numéro du contrat d'assurance ;
- la période d'assurance ;
- les caractéristiques du véhicule et, pour les garagistes, leur profession.

L'attestation n'est régulière que si elle contient les mentions légales (Cass. crim., 2 avr. 1997, no 95-84.631).

Deux sanctions sont prévues à l'encontre du conducteur et une contre l'assureur :

- *à l'encontre du conducteur* :
 - * le défaut de présentation immédiate des justificatifs lui fait encourir une contravention de deuxième classe,
 - * le défaut de présentation dans le délai de cinq jours constitue une infraction de quatrième classe ;
- *à l'encontre de l'assureur* : l'assureur qui refuse de délivrer une attestation d'assurance encourt une peine de deuxième classe (Cass. crim., 8 juill. 1998, no 97-85.377).

- **Quelle est la portée et le cas de la circulation internationale ?**

À plusieurs reprises, dans le texte de l'article R. 211-14 du Code des assurances, le terme « présomption » est utilisé (Cass. 1^{re} civ.,

19 mai 1999, no 97-12.094 ; Cass. crim., 29 juin 1999, no 98-84.726). « Les documents justificatifs prévus au présent article n'impliquent pas une obligation de garantie à la charge de l'assureur ». Il en résulte que l'assureur peut apporter toute preuve contraire telle que la non-assurance, la suspension ou la résiliation du contrat.

Sauf en ce qui concerne l'attestation provisoire, la durée de la présomption subsiste un mois à compter de l'expiration de la période de garantie figurant au contrat (C. assur., art. R. 211-16 ; v. Cass. crim., 18 mai 1994, no 93-83.657 ; Cass. crim., 17 juin 1998, no 97-84.415).

En ce qui concerne la circulation internationale, il convient de distinguer deux situations :

- *un étranger circule en France avec un véhicule immatriculé dans son pays d'origine* : deux situations doivent être distinguées :
 - * le véhicule est immatriculé dans un pays de l'Union européenne : de principe, il sera considéré comme assuré. Cependant, par application de la directive no 2005/14/CE du Parlement et du Conseil du 11 mai 2005, codifié sous l'article 4 de la directive no 2009/103/CE du 16 sept. 2009, l'article R. 211-14-1 autorise le contrôle des documents d'assurance « à l'occasion de contrôles de police effectués dans une finalité ne visant pas exclusivement à vérifier le respect de l'obligation d'assurance »,
 - * le véhicule est immatriculé dans un pays tiers : le conducteur doit être en mesure de présenter une carte verte ou, plus précisément, une « assurance frontière » en état de validité ;
- *un Français se rend à l'étranger* : dans les pays relevant de la section 2 du Règlement général, la carte verte constitue une preuve d'assurance pendant sa seule durée de validité. Aucune prorogation tacite n'est tolérée.

L'assurance automobile / Le contrôle de l'obligation d'assurance : Le certificat d'assurance

• Quels sont les textes ?

Tout souscripteur d'un contrat d'assurance automobile doit apposer sur le véhicule un certificat d'assurance. Cette obligation ne pèse que sur les véhicules dont le poids autorisé en charge est inférieur ou égal à 3,5 tonnes ainsi que sur les deux ou trois-roues.

Les conditions de délivrance et de validité sont celles décrites aux paragraphes traitant de l'attestation d'assurance.

Bien que le texte ne reprenne pas le principe de présomption d'assurance comme pour l'attestation, la jurisprudence lui accorde la même valeur (Cass. 2e civ., 28 févr. 2013, no 12-13.895).

• Quelles sont les sanctions ?

Le souscripteur qui omet d'apposer un certificat sur le véhicule concerné ou appose un certificat non valide encourt une peine d'amende de deuxième classe.

Encourt cette même sanction l'automobiliste qui invoque le fait que son certificat d'assurance avait été glissé derrière celui de l'année précédente (Cass. crim., 13 sept. 2011, no 11-80.193).

La preuve de l'apposition sur le véhicule du certificat d'assurance ne peut être rapportée que par écrit ou par témoins (Cass. crim., 27 févr. 2018, no 17-82.045) ; une photo ne suffit pas (Cass. crim., 10 dec. 2014, no 14-82.853).

• Cas pratique

Madame HANNA possède un véhicule assuré. Elle demande à son assureur quel document présenter aux forces de l'ordre en cas de contrôle d'assurance auto.

Le certificat d'assurance est un document remis dans le cadre de votre contrat d'assurance auto. À ce titre, il convient de le différencier de l'attestation d'assurance auto.

- Le certificat d'assurance, aussi appelé papillon vert, est une vignette que le client doit apposer sur son véhicule (pare-brise de la voiture, fourche d'un scooter, etc.) afin qu'il puisse être consulté par les forces de l'ordre.
- L'attestation d'assurance auto, ou carte verte, est un document que le client doit présenter aux forces de l'ordre en cas de contrôle.

L'assurance automobile / Le contrôle de l'obligation d'assurance : Le défaut d'assurance

• Quels sont les risques ?

Tout véhicule doit être au minimum assuré au tiers pour pouvoir circuler. Cette assurance permet de couvrir les dommages que le conducteur pourrait occasionner sur les autres véhicules, les vélos ou les piétons en cas d'accident. Cette obligation concerne les voitures mais aussi les motos et les scooters.

Si un conducteur roule sans assurance, ce sera théoriquement à lui de prendre en charge le montant des dommages.

Certes, dans les faits, si le conducteur ne peut pas payer, la victime ou ses ayants-droits pourront se tourner vers le Fonds de Garantie Automobile (FGA) afin d'être indemnisé. Mais le FGA demandera ensuite au conducteur responsable de l'accident de lui rembourser les sommes avancées, dont le montant peut parfois atteindre plusieurs dizaines de milliers d'euros. En conduisant un véhicule non-assuré, l'automobiliste s'expose donc à devoir rembourser pendant toute ou partie de sa vie les dommages qu'il pourrait causer.

• Quelles sont les sanctions ?

Si l'obligation d'assurance figure dans le Code des assurances, sa sanction doit être recherchée dans le Code de la route. L'article L. 324-2 prévoit en effet que « le fait, y compris par négligence, de mettre ou de maintenir en circulation un véhicule terrestre à moteur ainsi que ses remorques ou semi-remorques sans être couvert par une assurance garantissant sa responsabilité civile conformément aux dispositions de l'article L. 211-1 du Code des assurances est puni de 3 750 euros ».

La loi de modernisation de la justice du XXI^e siècle et son décret d'application permettent de libérer le contrevenant par le versement d'une amende de 500 euros. Elle est minorée à 400 euros si elle est

payée dans les quinze jours et majorée à 1 000 euros en l'absence de paiement dans les quarante-cinq jours. Ne peuvent en bénéficier les mineurs et les récidivistes.

Le juge peut infliger des peines complémentaires telles que des peines de travail d'intérêt général, la suspension ou l'annulation du permis de conduire pour une durée maximum de trois ans, l'interdiction de conduire tout véhicule même si la possession d'un permis n'est pas exigée, l'obligation de participer à un stage de sensibilisation sur la sécurité routière. Il peut même confisquer le véhicule.

Les articles R. 421-27 et R. 421-28 du Code des assurances relatifs au financement du Fonds de garantie des assurances obligatoires, précisent que toute personne sanctionnée pour défaut d'assurance voit son amende majorée de 50 % pour alimentation du Fonds.

Si l'on s'en tient au texte, l'infraction ne peut être invoquée que contre la personne qui met en circulation un véhicule (Cass. crim., 30 mai 2001, no 00-84.955).

On notera donc que la Cour de cassation semble ne pas se contenter de constater l'inobservation de la non assurance. Elle prend le soin de relever que la responsabilité du propriétaire est susceptible d'être engagée.

• Qu'en est-il du contrôle ?

Une réglementation récente facilite les modalités de contrôle et de détection des véhicules non-assurés par les forces de l'ordre.

Les gendarmes et les policiers ont désormais accès au Fichier des véhicules assurés (FVA), qui répertorie les véhicules assurés, avec leur numéro de contrat et leur période de validité. Lors d'un contrôle ou à la simple lecture de la plaque d'immatriculation, ils peuvent directement vérifier si le véhicule figure bien dans le fichier et si le contrat d'assurance est toujours en cours de validité, et ce sans avoir à demander son certificat d'assurance au conducteur.

L'assurance automobile / Jurisprudence arrêt de la Cour de cassation du 8 juin 1994

- **Quel est le résumé de l'arrêt ?**

La Cour déclare que : En prenant la conduite d'un véhicule sans avoir vérifié que ce véhicule était assuré, Monsieur B avait lui-même commis une faute.

- **Quels sont les faits ?**

Monsieur Y a été blessé dans un accident de la circulation alors qu'il était le passager d'une voiture conduite par Monsieur B et appartenant à Madame Z. Il a demandé réparation de son préjudice en assignant en justice Monsieur B et a appelé en intervention le Fonds de garantie accidents.

Monsieur B a demandé à être garanti par Mme Z, indiquant que Madame Z, propriétaire du véhicule accidenté, en prêtant son véhicule elle le savait non assuré. Monsieur B disait n'avoir pas eu connaissance du fait que la voiture empruntée n'était pas assurée.

Mais quelques heures après l'accident, Monsieur B avait déclaré aux enquêteurs « je vous fournirai les papiers du véhicule ultérieurement » et qu'il n'était donc pas en mesure d'établir que le véhicule était assuré. Donc en prenant la conduite d'un véhicule sans avoir vérifié que ce véhicule était assuré, M. B prenait des risques.

- **Qu'en retenir ?**

Si le véhicule n'est pas assuré, aucun assureur ne prendra en charge les dommages causés par son conducteur ou son gardien. Le Fonds de garantie pourra intervenir pour procéder à leur indemnisation et demandera le remboursement au responsable. Dès lors, ce responsable pourra-t-il invoquer la faute du propriétaire

qui n'a pas pris la précaution d'assurer le véhicule ? Cette décision répond par la négative. Dans ce cas, la Cour de cassation approuve la cour d'appel d'avoir considéré qu'il appartenait à la personne qui avait emprunté le véhicule de vérifier qu'il y avait une assurance.

L'assurance automobile / La fixation des cotisations

- **Quel est le champ d'application de la libre détermination du prix**

Depuis 1979, les assureurs sont libres de la détermination de leurs prix. Toutefois, dans la mesure où le tarif dépend de la logique statistique, ils rassemblent leurs données auprès de la Fédération Française de l'Assurance pour procéder à ces études.

Certaines situations, parce qu'elles ne donnent pas lieu à des fréquences de sinistres suffisantes, sont exclues du champ d'analyse. Il s'agit des :

- véhicules mis en circulation avant 1945 ;
- véhicules des constructeurs et, plus généralement, des professionnels de l'automobile ;
- véhicules utilisés pour les transports de personnes à titre onéreux ;
- auto-écoles ;
- locations sans chauffeur ;
- tracteurs agricoles ou forestiers, ainsi que des véhicules d'attractions foraines.

Les résultats statistiques sont à la disposition des assureurs membres, qui les adaptent à leur structure de portefeuille en fonction de leur stratégie commerciale.

Notons que le règlement européen d'exemption no 358-2003 du 27 février 2003 précisait les conditions que la collecte et l'analyse de données doivent remplir, pour ne pas porter atteinte à la concurrence (Règl. no 358/2003/CE, 27 fevr. 2003). Ces conditions avaient été maintenues par le règlement no 267/2010/CE du 24 mars 2010.

Un rapport de la Commission européenne au Parlement et au Conseil (Comm. UE, rapp. COM(2016) 153 final) en date du 17 mars 2016 estime qu'il n'est plus nécessaire de maintenir un règlement sectoriel d'exemption au-delà de la période prévue, c'est-à-dire le 31 mars 2017. Cela n'a pas pour effet d'interdire l'analyse

commune de données statistiques mais d'obliger les organismes à s'auto évaluer et montrer, ainsi, qu'il n'y a pas d'atteinte à la concurrence entre les assureurs.

Notons au préalable que l'annexe de l'article A. 121-1 du Code des assurances définissant dans son article 2 la prime de référence pour l'application des clauses de réduction-majoration précise que les caractéristiques techniques de cette prime concernent « le véhicule, la zone géographique de circulation ou de garage, l'usage socioprofessionnel ou le kilométrage parcouru, éventuellement la conduite exclusive du véhicule ainsi que les réductions éventuelles figurant au tarif des entreprises d'assurance » (C. assur., art. A. 121-1, ann., art. 2).

- **Quels sont les éléments déterminants le coût d'une assurance auto ?**

L'assurance automobile est bien entendu obligatoire, elle a pour objectif de fournir une aide financière à l'assuré ou encore à une personne tierce face à un accident de la route et également pour des détériorations affectées hors circulation.

Voici donc ces facteurs estimant le prix d'une assurance automobile :

- **Le dossier de conduite** : si ce dossier est vierge et ne contient pas d'accidents causés, de contraventions pour conduite dangereuse ou encore pour excès de vitesse, le prix sera bien entendu moins élevé.
- **L'âge et le sexe** : les personnes souhaitant assurer leur automobile ayant entre 16 et 25 ans se verront affecter une assurance au plus élevé. En effet les statistiques nous montrent que les jeunes conducteurs présentent plus de risque d'être compromis dans un accident. A noter que pour les jeunes hommes, le coût, est supérieur à celui des jeunes femmes.
- **Le trajet et l'usage** : conduire en ville présente bien plus de risque pour l'assureur qu'en campagne, en effet la circulation est plus dense et les vols ou les actes de vandalismes plus communs. En utilisant un véhicule quotidiennement, par exemple pour se

rendre au travail, le coût sera plus élevé, les assureurs prennent bien évidemment en compte le kilométrage et le temps passé derrière un volant pour estimer le prix de l'assurance automobile.

– **Le modèle et la marque du véhicule** : les assureurs fixent leur prix sur les caractéristiques du véhicule. Ils prennent également en compte, les risques de vols que représentent le véhicule ou encore sa capacité à résister lors d'un accident. La marque, le modèle, l'année du véhicule et sa valeur entre bien évidemment en compte dans la détermination du prix. Des véhicules de luxe ou encore modifiés se verront octroyer un coût plus élevé.

– **La franchise** : elle désigne le montant non remboursé par l'assureur lors de la soumission d'une réclamation, celle-ci est déterminée par un prix fixe ou par un pourcentage de la somme de l'indemnisation. Pour une franchise élevée, le coût de l'assurance sera logiquement moins élevé.

– **Les garanties et protections souscrites** : lors du choix de l'assurance automobile, il est important de choisir les garanties les plus utiles en fonction l'usage du véhicule. Le prix augmente par l'ajout de garanties et de protections.

- **Est-il possible d'augmenter ou de diminuer une cotisation d'assurance auto ?**

Lors de la souscription du contrat d'assurance auto du client, puis à chaque échéance annuelle, l'assureur lui demande le paiement d'une somme, la prime ou cotisation, en contrepartie du risque qu'il accepte de garantir. Son montant est savamment calculé en fonction du profil personnel, des caractéristiques et de l'usage du véhicule du client.

Si l'un de ces critères vient à être modifié, la tarification de son assurance auto est susceptible d'être revue à la hausse ou à la baisse. Mais l'assureur peut aussi prendre l'initiative d'augmenter ses prix pour les adapter à une conjoncture défavorable ou à une nouvelle stratégie commerciale. Le client peut alors constater une majoration de sa prime indépendante de toute évolution de sa situation.

L'assurance automobile / Classifications techniques de la tarification : Les véhicules de première catégories et ses critères de distinction

• Quel est le premier critère de distinction ?

Les véhicules de première catégorie sont les véhicules de tourisme et de commerce à quatre roues ou plus, dont le poids total autorisé en charge n'excède pas 3,5 tonnes.

Les critères de distinctions sont établis par Sécurité et Réparation Automobile (SRA), un organisme où se rencontrent les assureurs et les constructeurs. Ses conclusions sont accessibles sur son site www.sra.asso.fr.

Le premier critère est : **le groupe**. Ainsi, les paramètres suivants sont pris en compte pour le calcul du groupe du véhicule :

- sa puissance réelle ;
- sa masse ;
- sa vitesse maximale ;
- un indicateur estimant sa sécurité globale.

Noté de 20 à 50, le groupe représente la puissance de l'automobile (20 = faible puissance, 50 = forte puissance), mais également sa dangerosité.

Il permet notamment à l'assureur d'établir le tarif de la responsabilité civile obligatoire (en raison des dommages que peut infliger un véhicule de puissance supérieure).

• Quel est le deuxième critère de distinction ?

Le deuxième critère est : **La classe des prix**. Vingt-trois classes de prix segmentent les véhicules selon leur valeur à neuf.

La classe de prix : notée de A à V (A = faible valeur, V = forte valeur, HC = Hors Classe), elle est établie par la valeur à neuf TTC du véhicule (hors option, hors remise). Elle est utile à l'assureur en cas de vol ou de remplacement d'un véhicule suite à un sinistre.

- **Quel est le troisième critère de distinction ?**

Le troisième critère est : **la classe de réparation**. Elle est définie comme indicateur du coût de la réparation d'un véhicule. Comme pour la classe de prix, vingt-trois segments ont été créés, essentiellement à partir de l'examen des prix d'un panier de pièces détachées et de la réparabilité du véhicule impliqué dans un choc à 15 km/h. Elle est donc utile à l'assureur s'il y a réparation suite à un sinistre.

Les classes de prix et de réparation servent d'indicateur principal à la tarification des garanties d'assurance de chose.

En assurance auto, la « classe » est souvent associée uniquement à la classe de prix. En effet, alors que celle-ci est systématiquement renseignée dans le fichier SRA, il est plus rare d'y trouver la classe de réparation.

L'assurance automobile / Les véhicules de première catégories et ses critères de qualification

- **Quel est le premier critère de qualification ?**

Le premier critère de qualification pour la tarification est : **la zone**. Les instances professionnelles proposent de classer les communes françaises en cinq zones, répertoriées de deux à six. Un indice important correspond à une fréquence d'accidents élevée.

Concernant cette zone de tarification elle offre un avantage aux zones rurales. En effet, plus le client est situé à proximité d'une agglomération, plus il est susceptible d'avoir un accrochage ou un accident.

Si, au contraire, il vit ou circule en rase campagne, son tarif d'assurance sera plus intéressant.

Pour le risque « vol », il y aura en plus prise en compte des conditions de garage.

- **Quels sont les critères de qualification concernant l'individu ?**

La première est celle sur les catégories professionnelles qui sont au nombre de trois :

1.les professions non agricoles comprenant :

- * les fonctionnaires et assimilés,
- * les salariés sédentaires,
- * les autres salariés,
- * les commerçants,
- * les sociétés,
- * les artisans,
- * les autres professions,
- * les personnes sans profession et les étudiants ;

2.les professions agricoles incluant :

- * les exploitations familiales,
- * les autres agriculteurs et les professions annexes à l'agriculture ;

3.les retraités

La deuxième concerne le sexe du conducteur. En effet, les statistiques permettent d'attester le fait que les conducteurs de sexe féminin occasionnent moins d'accident que leurs homologues masculins, surtout dans la population des jeunes.

Cependant, la directive 2004/113/CE du 13 décembre 2004, « mettant en œuvre le principe de l'égalité de traitement entre les femmes et les hommes dans l'accès à des biens et services et la fourniture de biens et services », pose le principe de l'interdiction de recourir au critère du sexe dans l'élaboration des cotisations et prestations d'assurance. Ce principe a été introduit dans le droit français par l'article 13 de la loi no 2006-340 du 23 mars 2006, qui a créé l'article 225-1 du Code pénal.

Cependant, l'article 5 de la directive prévoit que les États membres pourront introduire dans leur législation, avant le 21 décembre 2007, une dérogation lorsque le sexe est un facteur déterminant du risque. Cette dérogation ne pourra être acceptée par la Commission européenne que dans la mesure où elle sera basée sur des données actuarielles et statistiques pertinentes et précises et régulièrement publiées et mises à jour. Le nécessaire a été fait avec la loi no 2007-1774 du 17 décembre 2007, qui a créé l'article L. 111-7 du Code des assurances, le pouvoir réglementaire le complétant avec les articles A. 111-1 et suivants du même code.

Cependant, à l'initiative d'une association de consommateurs belge, la Cour de justice de l'Union européenne a considéré que la dérogation accordée ne pouvait être que temporaire. Elle a donc invité les États européens à modifier leur législation d'ici le 31 décembre 2012. À l'occasion d'une communication du 22 décembre 2011, la Commission européenne a fixé les lignes directrices pour appliquer la directive de 2004 à la lumière de l'arrêt de la CJUE. Elle considère ainsi que l'interdiction de recourir au sexe pour tarifer un contrat s'applique :

- aux contrats nouvellement souscrits à compter du 21 décembre 2012 ;
- aux accords conclus à partir du 21 décembre 2012 afin de

prolonger des contrats conclus avant cette date qui auraient autrement expirés.

Par contre, afin d'éviter des applications différentes selon les États, elle considère qu'un contrat conclu antérieurement à cette date et renouvelé par simple tacite reconduction n'a pas à donner lieu à régularisation, que ce contrat soit ou non indexé.

En dehors de toute tarification, les assureurs pourront continuer à prendre en compte le sexe pour :

- recueillir des informations, notamment élaborer des statistiques ;
- élaborer des traités de réassurance ;
- mettre en œuvre des opérations de marketing et de publicité ;
- souscrire des contrats d'assurance vie ou maladie.

Nul doute que les assureurs sauront élaborer d'autres critères que le sexe pour continuer à rester innovants.

- **Quels sont les critères de qualification concernant le véhicule ?**

Un des critères de qualification pour la tarification est : **l'usage**. Il correspond à un critère d'utilisation du véhicule. On distingue :

- **la promenade** : le véhicule ne sert que pour les trajets privés ;
- **la promenade-trajet** : le véhicule peut être utilisé pour se rendre du domicile au lieu de travail ;
- **l'usage « affaires »** : le véhicule est utilisé pour des déplacements d'ordre privé ou professionnel, mais ne sert en aucun cas à des tournées régulières de clientèle ;
- **l'usage « tous déplacements »** : le véhicule est utilisé pour des déplacements d'ordre privé ou professionnel tels que des tournées régulières de clientèle ;
- **les transports publics de voyageurs** ;
- **les transports publics de marchandises**.

Un autre des critères de qualification pour la tarification est : **l'ancienneté du véhicule**.

Les instances professionnelles recommandent de distinguer, à

compter de la date de première mise en circulation, les véhicules de:

- moins de deux ans ;
- deux à cinq ans ;
- plus de six ans.

L'assurance automobile / Les véhicules de deuxième catégories

- **Comme définir les véhicules de deuxième catégorie ?**

Les véhicules de deuxième catégorie englobent les camions et véhicules à usage industriel d'un poids total autorisé en charge supérieur à 3,5 tonnes.

- **Quels sont les critères de distinction ?**

On a coutume de distinguer :

- **les véhicules de transports privés** : une lettre-circulaire de l'Administration du 26 mars 1980 définit les conditions du transport privé. Il s'agit du transport effectué pour le propre compte de l'entreprise, et donc de marchandises appartenant à l'entreprise, transportées par des personnels et des véhicules de l'entreprise, ce transport n'en constituant qu'une activité annexe. Les principales professions visées sont les agriculteurs, les artisans et commerçants, ainsi que les entreprises du bâtiment ;
- **les véhicules de transports publics** : ils sont affectés au transport pour le compte d'autrui. On procède habituellement à une distinction en fonction du tonnage : jusqu'à 11 tonnes, de 11 à 19 tonnes, et plus de 19 tonnes.

- **Quels sont les critères de tarifications ?**

Certains éléments définis pour les véhicules de première catégorie (zone de circulation par exemple) peuvent être transposés dans ce domaine. D'autres sont spécifiques aux véhicules de deuxième catégorie.

1. La territorialité

Certains transporteurs peuvent s'engager à ne circuler que dans une seule zone réduite ou s'interdire tout déplacement à l'étranger.

2. Les remorques

Le fait que toutes les remorques tractées n'appartiennent pas nécessairement au propriétaire du tracteur constitue l'une des particularités du transport public. Il s'agit donc, sur le plan de la tarification, de prendre en compte ce phénomène.

3. Le type de matériau transporté

L'assureur applique une surprime si les matières habituellement transportées sont inflammables, explosives ou radioactives.

L'assurance automobile / Les véhicules de troisièmes catégories et les véhicules spéciaux

- **Comment définir les véhicules de troisième catégorie ?**

Les cyclomoteurs, vélomoteurs, motocyclettes, tricycles et quadricycles à moteur de moins de 125 cm³ constituent la population des véhicules de troisième catégorie.

Comme pour les véhicules de première catégorie, la zone de circulation est un élément essentiel de la tarification.

Deux circulaires APSAD proposent une approche similaire à celle retenue pour les véhicules de première catégorie, c'est-à-dire de retenir la notion de groupe pour la tarification du risque de responsabilité civile et de classe pour les assurances de choses (Circ. APSAD no 6/1996, 12 févr. 1996 ; Circ. APSAD no 37/1996, 10 déc. 1996).

Le groupe tient compte de la puissance réelle de l'engin, de son poids et d'un indice de catégorie de véhicules. La classe est fonction de la valeur à neuf de la motocyclette.

- **Comment définir les véhicules spéciaux ?**

Une catégorie de véhicules spéciaux a été créée pour les engins de chantier, les ambulances, les corbillards et les véhicules de lutte contre l'incendie.

Leur tarification est tout à fait spécifique et ne nous semble pas justifier de développements dans cet ouvrage.

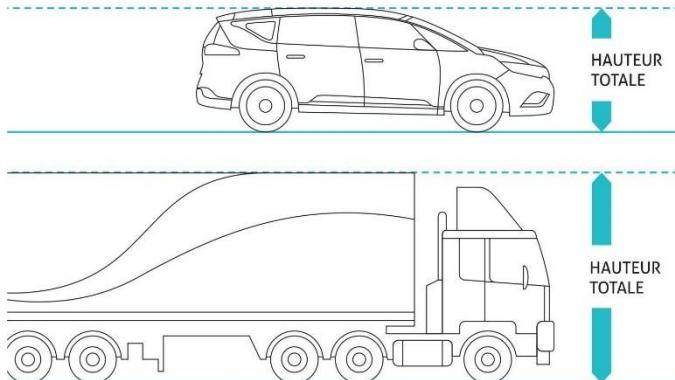
• Illustration des classes de véhicule

LES CRITÈRES

À chaque classe est attaché un tarif particulier.

Les critères retenus pour la définition des classes sont les suivants :

- La hauteur totale du véhicule ou de l'ensemble roulant
- Le poids total autorisé en charge (PTAC)* Pour les ensembles roulants, seul le PTAC du véhicule tracteur est pris en compte
- Le nombre d'essieux au sol du véhicule ou de l'ensemble roulant

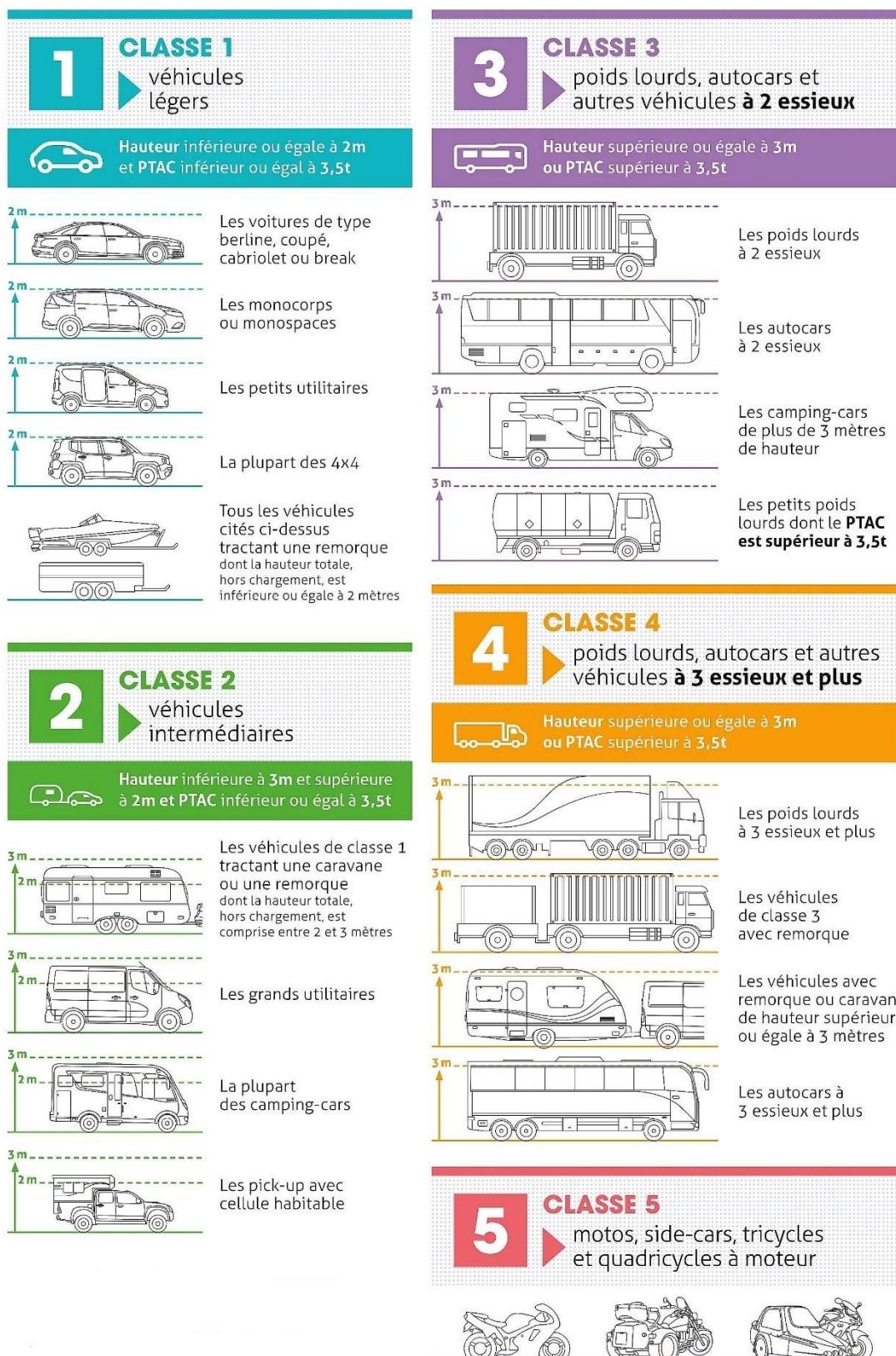


Caractéristiques de l'ensemble roulant			2 essieux	3 essieux et plus		
H : Hauteur totale du véhicule ou de l'ensemble roulant	ET	PTAC <= 3,5 t	CLASSE 1			
PTAC : Poids Total Autorisé en Charge (donnée F2 du certificat d'immatriculation)	ET	PTAC > 3,5 t	CLASSE 3			
Nombre d'Essieux			CLASSE 4			
H ≤ 2 m			CLASSE 2			
			CLASSE 3			
2 m < H < 3 m			CLASSE 4			
			CLASSE 5			
H ≥ 3 m						
Motos, side-cars, tricycles ou quadricycles à moteur						

⚠ • Pour ALBEA (www.a150-albea.fr) et ATLANDES (www.a63-atlanDES.fr) sont appliquées des classifications spécifiques pour les poids lourds.

• Critères de classification spécifiques pour les tunnels du Fréjus (www.sftrf.fr) et du Mont Blanc (www.atmb.com)

Les véhicules de classe 2, aménagés pour les personnes à mobilité réduite, bénéficient de la classe 1.



L'assurance automobile / Elaboration cotisation : les primes et le principe

- **Qu'est-ce que la prime pure ?**

La prime pure est la somme calculée par les statisticiens pour faire face au risque. Mathématiquement, elle est aisée à déterminer puisqu'elle est obtenue en multipliant le coût moyen des sinistres par la fréquence des accidents. En réalité, ce travail est confié à des actuaires qui doivent sélectionner, interpréter et projeter les données mises à leur disposition.

- **Qu'est-ce que la prime nette ?**

La prime nette est composée de la prime pure et des chargements. Sous ce terme sont regroupés tant les frais de siège (fabrication et gestion des contrats, règlement des sinistres) que les coûts d'intermédiation, c'est-à-dire les sommes versées aux agents généraux et aux courtiers qui ont apporté l'affaire. Ces coûts d'intermédiation sont moins importants. Les clauses de réduction-majoration ont également une incidence sur le montant de la cotisation. Pour les sociétés d'assurance travaillant avec des réseaux salariés, les frais de siège sont, en revanche, plus élevés.

- **La prime d'assurance est-elle similaire à la cotisation d'assurance ?**

Il ne faut pas confondre prime d'assurance et cotisation d'assurance. La prime d'assurance équivaut comme nous l'avons vu à la totalité de la somme versée chaque année pour bénéficier d'une protection au travers d'une assurance. On peut parler de prime annuelle d'assurance, composée de l'ensemble des cotisations.

Une cotisation correspond à un versement périodique, en général chaque mois, qui permet de bénéficier d'une garantie sur un risque.

donné.

Tout comme la prime d'assurance qui se décompose en plusieurs parties, une cotisation possède plusieurs éléments.

- On parle de la cotisation nette pour la somme qui sert à régler les sinistres, et qui est utilisée par l'assureur pour construire un fond d'indemnisation.
- Viennent s'ajouter les frais de gestion ou encore les taxes.
- Peut également venir en complément l'indice. Si le contrat souscrit est indexé, l'avis d'échéance comporte probablement le montant de l'indice, et la cotisation variera en fonction de son évolution.

L'assurance automobile / Elaboration cotisation : la personnalisation de la prime pure

• Qu'en est-il de l'acceptation d'une franchise ?

La franchise est une somme qui est laissée à la charge de l'assuré. L'instauration de ce système a pour conséquence de le sensibiliser au risque qu'il encourt et de diminuer le montant de la cotisation.

On a coutume de distinguer :

- la franchise absolue qui s'applique dans tous les cas ;
- la franchise relative qui permet à l'assureur de ne pas supporter le sinistre lorsque le montant lui est inférieur mais qui l'oblige à tout payer dans le cas contraire.

La franchise peut être fixe ou proportionnelle au montant des dommages. Dans ce dernier cas, elle doit comporter un plafond.

Depuis le décret no 93-581 du 26 mars 1993, le caractère légal de la franchise en assurance de responsabilité automobile s'est posé. En effet, la franchise de responsabilité était expressément prévue dans les textes d'origine (C. assur., art. R. 211-9 et A. 211-2). Leur suppression a quelque peu ému la profession qui a cependant considéré que le maintien de franchises de responsabilité inopposables aux tiers n'était pas contraire aux textes. Pour s'en convaincre, il suffit de se reporter à l'article R. 421-28 du Code des assurances instituant une contribution pour l'alimentation du Fonds de garantie de 5 % applicable aux « indemnités restant à leur propre charge pour les bénéficiaires d'une assurance avec franchise ».

Les franchises sont inopposables aux tiers lorsqu'elles concernent la garantie de responsabilité civile (C. assur., art. R. 211-13) et opposables aux assurés dans les autres cas.

La directive du Parlement européen et du Conseil du 11 mai 2005, sur l'assurance de la responsabilité civile résultant de la circulation des véhicules automoteurs, comporte une disposition qui va dans le même sens.

- **Qu'en est-il des mesures de protection ?**

Un véhicule muni d'un antivol installé par le constructeur présente moins de risques de vol qu'un véhicule non équipé.

Signalons l'accord signé le 10 février 1994 entre les assureurs et les constructeurs automobiles aux termes duquel les moyens de protection sont classés, par SRA, selon un nombre de clés (de 4 à 7 clés) en précisant s'il s'agit d'un équipement de série (S) ou d'une option (P). Si un signe (+) est adjoint, il signifie que l'enveloppe du véhicule offre une résistance d'au moins deux minutes.

Cette démarche est une des causes de l'amélioration des résultats enregistrés par les assureurs.

- **Qu'en est-il des « antériorités » du conducteur habituel ?**

L'article A. 121-1-2 du Code des assurances limite les majorations qu'un assureur serait incité à appliquer en fonction d'un certain nombre de situations.

Résumons-les dans un tableau :

Conducteur	Majoration
Ayant un permis de conduire depuis moins de trois ans	100 %
Ne pouvant justifier d'une assurance effective au cours des trois années précédant la souscription du contrat	100 %
Responsable d'un accident ou d'une infraction aux règles de circulation entraînant :	
– une suspension de permis de conduire pour une durée de deux à six mois	50 %
– une suspension de permis de conduire pour une durée de plus de six mois	100 %
– une annulation du permis de conduire ou plusieurs suspensions de plus de deux mois au cours de la même période de référence	200 %
Responsable d'un accident et reconnu en état d'imprégnation alcoolique	150 %
Coupable de délit de fuite après avoir causé un accident	100 %
Absence de déclaration à la souscription du contrat d'une ou plusieurs circonstances aggravantes ou de sinistres dont il a été reconnu responsable au cours des trois années ayant précédé la souscription	100 %
Responsable de trois sinistres ou plus au cours de la période annuelle de référence	50 %

Un autre élément influe sensiblement sur le montant de la cotisation : l'application de la clause de réduction-majoration.

L'assurance automobile / Elaboration cotisation : Les taxes

- Que savoir sur les taxes concernant la responsabilité civile obligatoire ?

Régime général

Taxe fiscale (1)	18 %
Contribution prévue par le Code de la sécurité sociale	15 %
Contribution au Fonds de garantie des assurances obligatoires de dommages	1,2 %
Contribution au Fonds de revalorisation des rentes	0,8 %

- (1) Les véhicules à énergie exclusivement électrique dont le certificat d'immatriculation est postérieur au 1^{er} janvier 2021 sont exonérés de cette taxe (art. 995 – 11 bis du code général des impôts)

Véhicules utilitaires affectés aux exploitations agricoles

Taxe fiscale	15 %
Contribution prévue par le Code de la sécurité sociale	15 %
Contribution au Fonds de garantie des assurances obligatoires de dommages	1,2 %
Contribution au Fonds national de gestion des risques en agriculture	11 % 5,5 %
Contribution au Fonds de revalorisation des rentes	0,8 %

Véhicules utilitaires de plus de 3,5 t

Taxe fiscale	15 %
Contribution prévue par le Code de la sécurité sociale	15 %
Contribution au Fonds de garantie des assurances obligatoires de dommages	1,2 %
Contribution au Fonds de revalorisation des rentes	0,8 %

- Que savoir sur les taxes concernant les autres garanties relatives aux véhicules (dommages, assistance aux véhicules ...) ?

Régime général

Taxe fiscale (1)	18 %
Contribution au Fonds de garantie contre les actes de terrorisme et autres infractions	5,90 euros par contrat

(1) Les véhicules à énergie exclusivement électrique dont le certificat d'immatriculation est postérieur au 1^{er} janvier 2021 sont exonérés de cette taxe (art. 995 – 11 bis du code général des impôts)

Véhicules utilitaires affectés aux exploitations agricoles	
Taxe fiscale	Exonération
Contribution au Fonds national de gestion des risques en agriculture	5,5 %
Contribution au Fonds de garantie contre les actes de terrorisme et autres infractions	5,90 euros par contrat

Véhicules utilitaires de plus de 3,5 t	
Taxe fiscale	Exonération
Contribution au Fonds de garantie contre les actes de terrorisme et autres infractions	5,90 euros par contrat

Exonération de la taxe fiscale
Pour les véhicules en TT, les véhicules officiels des missions diplomatiques et consulaires, ainsi que pour les véhicules appartenant à des organisations internationales.

L'assurance automobile / Jurisprudence arrêt de la Cour de justice de l'Union européenne du 1 mars 2011

• Quel est le résumé de l'arrêt ?

Mettre en œuvre le principe de l'égalité de traitement entre les femmes et les hommes dans l'accès à des biens et des services et la fourniture de biens et services.

Savoir s'il est possible d'utiliser le sexe en tant que facteur déterminant dans l'évaluation des risques et dans le calcul des primes et prestations d'assurance, fondé sur des données actuarielles et statistiques pertinentes et précises et ainsi d'admettre et de justifier une différence de traitement.

• Quels sont les faits ?

La demande de décision préjudicielle porte sur la validité de l'article 5, paragraphe 2, de la directive 2004/113/CE du Conseil, du 13 décembre 2004, mettant en œuvre le principe de l'égalité de traitement entre les femmes et les hommes dans l'accès à des biens et services et la fourniture de biens et services.

Cette demande a été présentée dans le cadre d'un litige opposant l'Association belge des Consommateurs Test-Achats ASBL ainsi que MM. van Vugt et Basselier au Conseil des ministres du Royaume de Belgique au sujet de l'annulation de la loi du 21 décembre 2007 modifiant la loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre la discrimination entre les femmes et les hommes, pour ce qui est de l'appartenance sexuelle en matière d'assurance.

• Qu'en retenir ?

La Commission européenne considère que l'interdiction de recourir au sexe pour tarifer un contrat s'applique. Par ailleurs, afin d'éviter des applications différentes selon les États, elle considère qu'un

contrat conclu antérieurement à 2012 et renouvelé par simple tacite reconduction n'a pas à donner lieu à régularisation, que ce contrat soit ou non indexé. En dehors de toute tarification, les assureurs pourront continuer à prendre en compte le sexe pour d'autres domaines comme par exemple recueillir des informations ou élaborer des statistiques, mais pas pour tarifier un contrat d'assurance automobile.

L'assurance automobile / Le principe des clauses de réduction-majoration

• Quel est le champ d'application ?

La clause de réduction-majoration, plus communément appelée bonus-malus, instituée par l'article A. 121-1 du Code des assurances, concerne l'ensemble des véhicules terrestres à moteur. On rappellera que ce système a été validé par les instances européennes.

Des dispositions particulières concernent certains types de véhicules :

– ainsi, des clauses contractuelles peuvent ne pas soumettre à la réglementation :

- * les cycles, tricycles et quadricycles de cylindrée inférieure ou égale à 80 cm³
- * les véhicules, appareils ou matériels mentionnés à l'article R. 311-1 du Code de la route (véhicules et appareils agricoles, forestiers ou de travaux publics, véhicules des services de secours et de lutte contre l'incendie) ;

– ou prévoir des règles spécifiques pour :

- * les flottes de véhicules de tourisme (plus de trois) appartenant à un même propriétaire et garantis par un même contrat. Cette dérogation ne s'applique toutefois pas aux véhicules destinés à être loués pour une durée au moins égale à douze mois ou à être mis en crédit-bail, sauf si le preneur constitue lui-même une flotte de plus de trois véhicules,

- * les risques agricoles,

- * les transports publics de voyageurs ou de marchandises,

- * tout véhicule dont le poids autorisé en charge est supérieur à 3,5 tonnes.

- **Quel est le principe ?**

Après chaque période annuelle d'assurance sans sinistre, le coefficient applicable est celui utilisé lors de la précédente échéance réduit de 5 % (7 % pour les véhicules ayant un usage « *tournées* » ou « *tous déplacements* »). Ce coefficient ne peut être inférieur à 0,50.

Un sinistre survenu au cours d'une période annuelle d'assurance majore le coefficient de 25 % (20 % pour les véhicules ayant un usage « *tournées* » ou « *tous déplacements* ») sauf si l'assuré a un « *bonus* » de 50 % depuis au moins trois ans. La majoration est réduite de moitié lorsque la responsabilité n'est engagée que pour partie.

Ce coefficient est plafonné à 3,50.

Deux années sans sinistre interdisent à l'assureur d'affecter la cotisation d'un coefficient supérieur à 1.

TABLEAU RÉCAPITULATIF POUR LES USAGES AUTRES QUE TOURNÉE ET TOUS DÉPLACEMENTS

Nombre d'années sans sinistre ou d'accidents responsables	Année sans sinistre	Accidents responsables
1	0,95	
2	0,90	1,25
3	0,85	1,56
4	0,80	1,96
5	0,76	2,43
6	0,72	3,04
7	0,68	3,50
8	0,64	

TABLEAU RÉCAPITULATIF POUR LES USAGES AUTRES QUE TOURNÉE ET TOUS DÉPLACEMENTS

Nombre d'années sans sinistre ou d'accidents responsables	Année sans sinistre	Accidents responsables
9	0,60	
10	0,57	
11	0,54	
12	0,51	
13	0,50	

- Que dire de la période de référence et du sinistre entraînant l'application de la clause ?

La période de référence c'est la période de douze mois consécutifs précédant de deux mois la date d'échéance annuelle du contrat.

Le sinistre entraînant l'application de la clause de majoration, il s'agit principalement de l'accident mettant en cause la responsabilité de l'assuré, exception faite des hypothèses dans lesquelles :

- l'auteur de l'accident conduit le véhicule à l'insu de son propriétaire ou de l'un des conducteurs désignés, sauf s'il vit habituellement au foyer de l'un d'eux ;
- la responsabilité de l'assuré n'aurait pas été engagée si la loi no 85-677 du 5 juillet 1985 (JO 6 juill.), n'était pas intervenue (accident dû à un cas fortuit, à la force majeure ou à la faute exclusive de la victime). Si l'assureur n'a pas retenu l'un de ces éléments exonératoires, il appartient au souscripteur de les établir (Cass. 2e civ., 21 janv. 1997, no 94-21.369, RGDA 1997, p. 492, note Landel J.).

De ce fait, la mise en œuvre des règles relatives aux clauses de « réduction-majoration » ne dépend aucunement des barèmes de

responsabilité retenus par les assureurs pour normaliser leurs rapports.

Les sinistres pris en charge au titre d'une garantie « dommages », à l'exception de ceux concernant un véhicule en stationnement dont l'auteur n'a pu être identifié, donnent lieu à application de la clause de réduction-majoration.

L'assurance automobile / Les spécificités des clauses de réduction-majoration

• Quelles sont les situations particulières ?

Dans le cas du remplacement du véhicule ou assurance d'un autre véhicule supplémentaire, le coefficient de réduction-majoration est automatiquement transféré sur le véhicule de remplacement ou le véhicule supplémentaire si le ou les conducteurs, éventuellement désignés aux conditions particulières, sont les mêmes.

Dans le cas du changement d'assureur, l'assuré peut demander à son précédent assureur un relevé d'informations sur lequel doit figurer, entre autres, le coefficient appliqué lors de la dernière échéance annuelle. Il peut exiger que ce relevé soit corrigé. En effet, les responsabilités sont souvent déterminées par les assureurs par référence aux barèmes qui servent de base à leurs recours entre eux. À l'égard de l'assuré, la responsabilité d'un accident doit être appréciée selon les règles du droit commun.

Le nouvel assureur sera toutefois bien inspiré s'il pose quelques questions supplémentaires. En effet, compte tenu de la définition de la période de référence, il est possible que l'assuré ait été impliqué dans un accident de la circulation dans les deux mois qui précèdent la date d'échéance.

• Quelles sont les critiques ?

Il peut paraître choquant que les clauses de réduction-majoration soient exclusivement attachées au véhicule.

C'est ainsi que :

- le souscripteur voit sa cotisation augmenter parce qu'il a eu la malchance de prêter son véhicule à un ami qui a causé un accident, cet ami étant à l'abri de toute sanction ;
- un chauffeur professionnel peut être considéré comme un conducteur novice quand il acquiert et assure son véhicule personnel ;

- heureusement, les assureurs admettent généralement des attestations, établies par les employeurs, pour calculer le niveau du coefficient de réduction-majoration ;
- le chauffard utilisant des véhicules de location n'est pas pénalisé.

Mais la situation retenue est sans doute la plus simple à gérer. En effet, il ne semble pas que l'appréciation des risques soit plus aisée à cerner lorsque l'on tarifie sur le seul conducteur.

• **Quelle est son application ?**

Très rares sont les décisions de justice relatives à l'application de la clause de réduction-majoration. Aussi, nous donnerons quelques indications à propos de celle rendue par la Cour de cassation le 25 novembre 2004 (Cass. 2e civ., 25 nov. 2004, no 03-18.023). En l'espèce, un assureur entendait faire application des dispositions de l'article L. 113-9 du Code des assurances en raison de l'erreur concernant l'identification du conducteur habituel du véhicule impliqué dans un accident de circulation. La cour d'appel avait appliqué le rapport entre la cotisation effectivement payée par le souscripteur et celle que l'assureur aurait appliquée si le risque avait été correctement déclaré. La décision est censurée par la Cour de cassation qui relève que, puisque la cotisation payée était d'un certain niveau (que nous évaluerons à 100) compte tenu d'un « bonus » de 50 %, la prime de référence ne pouvait être que de 200. Le conducteur étant titulaire d'un permis de conduire obtenu par l'apprentissage à la conduite accompagnée, la majoration n'aurait pu être que de 50 %. La cotisation réclamée par l'assureur aurait dû être de 300 et non, comme en l'espèce, de 380.

L'assurance automobile / Le Bureau Central de Tarification

• Qu'est-ce que le BCT ?

Le Bureau central de tarification médical (BCTM) a été créé par la loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé (JO du 5 mars 2003) soit l'article L252-1 du code des assurances.

Le Bureau central de tarification correspond à une autorité administrative indépendante, dont la mission principale consiste à déterminer les différents niveaux de primes d'assurance pratiqués sur le marché afin de faciliter l'accès à ces contrats aux personnes cibles.

Le Bureau central de tarification contrôle et surveille les primes d'assurance et les niveaux de risques acceptés par les assureurs. Cette autorité administrative est habilitée à intervenir sur les questions liées à l'assurance construction, l'assurance des catastrophes naturelles, l'assurance responsabilité civile médicale et l'assurance responsabilité civile automobile.

• Quelles sont ses missions ?

Le bureau central de tarification a pour rôle exclusif de fixer le montant de la prime moyennant laquelle l'entreprise d'assurance intéressée est tenue de garantir le risque qui lui a été proposé. Il peut, dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, déterminer le montant d'une franchise qui reste à la charge de l'assuré.

Le bureau central de tarification saisit le représentant de l'Etat dans le département lorsqu'une personne assujettie à l'obligation d'assurance prévue à l'article L.1142-2 du Code de la santé publique présente un risque d'assurance anormalement élevé. Il en

informe le professionnel concerné. Dans ce cas, il fixe le montant de la prime pour un contrat dont la durée ne peut excéder six mois.

Il est habilité à prendre des mesures au sujet d'assurance responsabilité civile automobile, assurance construction, assurances des catastrophes naturelles et l'assurance de la responsabilité civile médicale.

- **Quelle est sa composition ?**

La composition du BCT est déterminée par l'Article R250-1 du code des assurances.

Son Président est choisi parmi les conseillers d'Etat, les conseillers à la Cour de cassation, les conseillers maîtres à la Cour des comptes ou les professeurs des disciplines juridiques des universités, en activité ou honoraires.

Chaque branche est représentée paritairement par des représentants d'assujettis à l'obligation d'assurance et d'assureurs qui sont nommés pour une période de trois ans renouvelables.

Un commissaire du gouvernement, nommé par le ministre des finances, assiste à tous les débats.

L'assurance automobile / La procédure du Bureau Central de Tarification

• Quelles sont les conditions préalables ?

Le BCT peut être saisi par toute personne assujettie à l'obligation d'assurance qui s'est vu opposer un refus d'assurance. Lorsqu'il s'agit de la souscription d'un contrat nouveau, le silence de l'assureur pendant plus de quinze jours après réception de la demande rédigée sur un formulaire spécial qui doit être délivré par l'assureur (C. assur., art. A. 250-2), sous forme de lettre recommandée avec avis de réception, est considéré comme un refus implicite.

Lorsqu'un assuré a résilié l'ensemble de ses contrats auprès d'un assureur qui, lui, en avait résilié un pour sinistre, il ne peut saisir le Bureau central de tarification pendant un an.

L'assureur, outre l'obligation qu'il a de remettre à toute personne qui en fait la demande, les formulaires de proposition permettant de se conformer au formalisme légal, doit, de plus, indiquer le montant de la prime applicable au risque proposé par rapport à son tarif de référence (C. assur., art. A. 250-2).

• Comment s'effectue la saisine ?

Le Bureau central de tarification est saisi par lettre recommandée avec avis de réception dans les quinze jours suivant le refus de l'assureur. Le dossier doit comporter « les éléments d'information relatifs à l'affaire dont il est saisi et qui lui sont nécessaires pour prendre une décision et notamment le tarif de l'entreprise d'assurance applicable au risque proposé » (C. assur., art. R. 250-4).

Bien que le texte (C. assur., art. A. 212-1) ait été abrogé par l'arrêté du 27 novembre 1992, on peut considérer que ces éléments sont constitués par :

- le double de la proposition adressée à l'assureur ;
- l'avis de réception de la lettre recommandée ;
- le cas échéant le refus de l'assureur ;
- le niveau de la garantie souhaitée (il est exceptionnel que le BCT accorde plus que la seule garantie de responsabilité civile) ;
- la dénomination des entreprises d'assurance ayant garanti le véhicule au cours des trois dernières années et la cause de la cessation de la garantie ;
- la liste des accidents corporels et matériels dans lesquels la responsabilité du proposant, en sa qualité de conducteur, est engagée, quel que soit le véhicule conduit et de ceux dans lesquels a été engagée la responsabilité de l'un des conducteurs habituels du véhicule faisant l'objet de la proposition.

• **Comment le BCT prend-il sa décision ?**

Le Bureau central de tarification fixe la prime et, éventuellement, la franchise à partir du tarif de l'entreprise d'assurance consultée.

La durée de garantie est généralement fixée à un an sans tacite reconduction, de telle sorte que l'assuré doit se préoccuper de faire le nécessaire pour continuer à être assuré à l'issue de cette période.

Le commissaire du Gouvernement peut, immédiatement ou dans le délai de trente jours suivant une décision, demander un nouvel examen de l'affaire.

La décision est alors notifiée dans les dix jours à la société d'assurance et au candidat à l'assurance.

L'entreprise d'assurance qui maintient son refus de garantir le risque dont la prime a été fixée par le Bureau central de tarification est considérée comme ne fonctionnant plus conformément à la réglementation en vigueur (C. assur., art. L. 212?3). Elle encourt donc le retrait de l'agrément.

Si la personne assujettie à l'obligation d'assurance refuse la proposition du BCT, elle prend le risque de circuler sans assurance, à moins qu'elle préfère ne plus circuler.

L'assurance automobile / La gestion de sinistres automobile

- **Quel comportement adopter pour la gestion du sinistre ?**

Le sinistre automobile, qui touche un assuré en moyenne tous les 4 ou 5 ans, est un moment de vérité pour l'assureur, attendu au tournant en termes d'indemnisation et, surtout, d'accompagnement. Depuis la loi Hamon, bien gérer cette étape du cycle de vie assurantiel du client est devenue vital, pour le conserver.

La fonction indemnisation, y compris lorsque les dégâts ne sont que matériels, c'est-à-dire dans 90 % des cas, se transforme à mesure que les assureurs repensent, industrialisent et améliorent la manière de traiter leurs sinistrés automobiles. Plus d'empathie, plus d'accompagnement, plus de transparence, plus de proactivité, plus de services. Compagnies, mutuelles et bancassureurs ne lésinent pas en termes d'actions et d'émotion, tant ils cristallisent sur ce moment clé où leurs assurés expérimentent la valeur du contrat signé chez eux quelques jours ou quelques années plus tôt.

Depuis l'entrée en vigueur de la loi Hamon qui permet au client de changer d'assureur quand bon lui semble après une année de souscription, l'occurrence du sinistre s'érige en instant de vérité voire de grâce.

Le sinistre, c'est la seule chance pour l'assureur de faire une bonne première impression aux conséquences immédiates et durables sur la fidélisation de son client et donc la rotation et l'équilibre de son portefeuille.

« Ce que nous commercialisons dans un contrat d'assurance automobile, c'est le sinistre. Nous vendons la promesse d'un service rendu, pas une garantie, ni un prix », définit le directeur indemnisation automobile d'une compagnie d'assurance en France qui veille sur 260 collaborateurs et 550 000 sinistres autos par an. L'engagement contractuel doit donc être tenu, à chaque étape du

process, de la déclaration jusqu'à l'éventuelle aide au rachat de la voiture en cas d'irréparabilité du bien endommagé.

Aujourd'hui, les assureurs veulent, et doivent boucler la boucle afin de maîtriser la satisfaction de leurs clients du début jusqu'à la fin de la chaîne et faire des propositions de valeur en direct ou via des prestataires (réparateurs, experts, partenaires...) car l'évaporation des assurés, en dépit des discours rassurants sur le départ massif de clients monodétenteurs et l'arrivée heureuse d'assurés multi-équipés, a bien commencé !

Selon l'Association française de l'assurance, le taux de rotation des portefeuilles auto a augmenté, l'an dernier, de 1,1 point pour se situer à près de 15 % soit un environnement de marché ultraconcurrentiel qui renchérit les coûts d'acquisition des clients (200 à 300 € unitaire en moyenne, selon le budget publicitaire, le prix des leads, etc.) et dégrade la profitabilité technique des acteurs sur ce segment où le ratio combiné est déjà de 106 %. Au jeu des mathématiques élémentaires, certains ont donc préféré allouer les moyens sur la gestion de sinistres, autrement dit sur la fidélisation plutôt que sur la conquête. Il est, en effet, moins nécessaire de remplir une baignoire qui reste pleine.

• Que faut-il prioriser ?

S'occuper du client, pas de sa voiture. Ce focus sur le sinistré, à qui l'on consacre du temps, plutôt que sur le sinistre, trop scrupuleusement calculé, résume le changement de paradigme en cours dans les départements concernés. « Avant nous avions un assuré qui déclarait un sinistre. Aujourd'hui, nous avons un client qui a un problème », déclare le directeur indemnisation d'une compagnie d'assurance. La sémantique est lourde de sens. Exit le régleur qui abat froidement ses coefficients de vétusté avant d'envoyer son chèque. Le gestionnaire d'aujourd'hui cherche avant tout à trouver une solution aux problèmes de son client. Et ce, vite et bien, avec empathie et même un soupçon de sens commercial.

• Que faire entre industrialisation et humanisation ?

Ce constat fait consensus, mais l'industrialisation des méthodes est encore en cours de perfectionnement. Au cœur des chantiers actuels : la formalisation de cette nouvelle expérience clients, devenue déterminante dans la relation qui relie et surtout retient le sinistré auto à son assureur. Les efforts entrepris de part et d'autre commencent toutefois à payer.

Les clients recommanderaient plus volontiers en cas de prestation complète autour de la réparation de leur véhicule et du maintien de leur mobilité plutôt que quand nous proposons un simple remboursement sur facture

Malgré tout, pour atteindre ces objectifs, il faut constamment adapter les process et réduire le délai.

Même si les taux de recommandation sont élevés, les effets de la loi Hamon ne sont cependant pas neutres. Quelques points de résiliation, c'est toujours trop. Clairement, aujourd'hui, si un sinistre est mal géré, le client s'en va. À l'inverse, bien pris en charge, il sédimente donc le client dans le giron de l'assureur.

Un témoignage exprime « Nous avons un taux de résiliation plus faible sur les assurés qui ont eu un sinistre ». De là à dire que la gestion de sinistres devient une machine à fabriquer de la fidélisation, il n'y a qu'un pas, que la directrice générale adjointe en charge des opérations d'assurance et relations sociétaires d'une compagnie d'assurance, n'hésite pas à franchir : « La fidélisation, c'est notre actif stratégique, or, notre politique pro-gestion de sinistres a permis de diminuer de 3 % nos taux de départs. »

Quelques pourcentages d'une compagnie pouvant illustrer les dires.
25,3 % : Pourcentage d'assurés qui pourraient résilier suite à une mauvaise gestion de leur sinistre

81,2 % : Part des assurés automobiles qui préfèrent la réparation à l'indemnisation

7,8 : Note sur 10 attribuée par les assurés à leur assureur sur le traitement de leur sinistre

55,4 % : Le prêt d'un véhicule de courtoisie

24,2 % : L'intervention d'une dépanneuse

9,9 % : Le remboursement d'une course en taxi

L'assurance automobile / La lente progression de la déclaration en ligne

• Qu'en dire ?

Pour répondre aux aspirations digitales des clients, désengorger leurs plateaux d'appels et optimiser leurs coûts, les assureurs cherchent à développer la déclaration en ligne. Avec un succès mitigé.

Le digital s'immisce évidemment dans la gestion de sinistres. D'un côté, il permet de satisfaire une partie des clients rompus au self-care et, de l'autre, il soulage des plateaux d'appels parfois saturés.

Aujourd'hui, déclarer son accident ou son accrochage en ligne n'est pas entré dans les mœurs. Pire, selon l'étude GT Motive, 5,5 % des assurés utilisent Internet au moment de la déclaration de leur sinistre, c'est peu et surtout presque deux fois moins qu'en 2015 ! L'agent général, en revanche (39,8 %) et la plateforme téléphonique (35,2 %) sont plébiscités par des assurés qui ont, dans ce moment anxiogène, besoin de relation humaine.

• Le digital s'imposera ?

Témoignage de la directrice de l'inspection dommages d'une compagnie d'assurance « Nous valorisons notre attractivité auprès du grand public à travers le conseil personnalisé de nos 3 400 agents, donc au moment du sinistre, ils s'orientent naturellement vers eux. Pour autant, il ne faut pas se priver de trajets innovants et donc digitaux qui leur permettent de faire leur déclaration en ligne lors d'un sinistre simple, de prendre un rendez-vous avec un conseiller ou un garage de façon autonome ». Les applications ont d'ailleurs été créées pour traduire cette proposition de valeur des compagnies.

Mais difficile de ne pas voir de schizophrénie ou de tâtonnement de la part des assureurs dans cette plongée numérique. Lors des dernières inondations, ils ont voulu pousser les dispositifs digitaux.

Une compagnie d'assurance a, ainsi, prévenu, le 7 juin, par SMS 14 000 clients potentiellement sinistrés. Pour leur indiquer les lieux de prises en charge, où ils seraient physiquement aidés par un gestionnaire dans leurs démarches ! Phygital, donc. Certes, il s'agit d'un cas exceptionnel, mais l'échec du e-constat pour les petits dégâts matériels suffit à prouver le long cheminement de la dématérialisation.

- **Le digital ne s'imposera-t-il pas ?**

Il y a quelques années, 332 000 téléchargements ont été recensés pour à peine 14 282 d'e-constats remplis, soit au total 0,3 % du stock de 5 millions de constats transmis chaque année aux assureurs (dommages corporels exclus).

Un témoignage analyse que « l'e-constat simplifie les choses, mais présente aussi des inconvénients. Il est souvent préférable que le client appelle l'assureur pour qu'il le conseille dans la façon de remplir son constat en s'assurant qu'il coche les bonnes cases dans l'intérêt de sa défense et de son droit. Car mal rempli, un constat en ligne est, en fait, plus préjudiciable... C'est un leurre que de vouloir supprimer la dimension humaine au moment de la déclaration ». Il croit, en revanche, aux outils digitaux pour faciliter le suivi du traitement du sinistre, étape par étape, sur le mobile du client. Car si la déclaration devient le moment de vérité de l'assureur, difficile, en effet, de la confier à un outil virtuel.

L'assurance automobile / Litige avec une assurance : le procès en justice

• Quelle est la première étape ?

Un assuré peut parfois être en litige avec son assurance auto. Il a plusieurs possibilités pour contester une décision d'assureur, comme la médiation. Cependant, sans aucune solution, il est parfois nécessaire d'assigner l'assurance en justice.

La médiation, première contestation. L'exemple de litige qui peut opposer un assuré à son assureur le plus régulièrement cité est la contestation de l'indemnisation proposée par l'assureur. Si le client n'est pas d'accord avec votre assureur, il existe un moyen de régler le différend. Ce moyen, c'est la médiation.

• Quel est le processus d'action en justice ?

Comme son nom l'indique, la médiation est une procédure de règlement des litiges à l'amiable, qui n'implique donc pas de procès. Toutefois, les solutions trouvées par le médiateur peuvent ne pas être toujours très satisfaisantes pour le client ou pour l'assureur et ils pourraient vouloir aller plus loin.

Bien que l'idée même d'une procédure judiciaire, par sa longueur et par les frais qu'elle induit, en refroidisse plus d'un, le client peut obtenir réparation et décider ainsi de mener l'affaire devant les tribunaux.

Pour toute action en justice contre son assureur, le client doit avoir usé préalablement d'un des recours possibles, c'est-à-dire les services contentieux de la compagnie ou le médiateur des assurances.

En ce qui concerne la juridiction vers laquelle il doit se tourner, tout dépend du montant sur lequel porte le litige :

– *Pour un montant inférieur à 4000€*, c'est vers le juge de proximité (dont la compétence est de statuer sur les petits litiges de la vie

quotidienne, selon une procédure rapide) qu'il faut se tourner ;

- *Pour un montant inférieur à 10000€*, c'est le tribunal d'instance (TI) qui est compétent ;
- *Pour un montant supérieur à 10000€*, il faut s'adresser au tribunal de grande instance (TGI). Dans ce cas uniquement, l'assuré a l'obligation de se faire représenter par un avocat.

L'assuré dispose d'un délai de 2 ans à compter de l'évènement qui a donné naissance au litige pour poursuivre en justice l'assureur, on parle de prescription biennale.

- **Quels sont les frais d'un procès contre son assureur auto ?**

Les frais d'un procès, loin d'être fixes, varient en fonction de la complexité de l'affaire ainsi que de la durée de la procédure.

Par ailleurs, dans le coût d'un procès, il faut distinguer plusieurs éléments :

- **Les dépens** : qui sont les frais de justice à proprement parlé, hors honoraires d'avocat et frais de déplacement. Il s'agit en gros des frais et honoraires d'huissier qui peuvent atteindre 500€, les frais d'expertise d'un coût compris entre 500 et 800€, les frais d'enregistrement et la contribution de 35 € pour l'aide juridique ;
- **Les frais de déplacement** ;
- **Les honoraires d'avocat** : qui peuvent atteindre des sommets.

L'assurance automobile / Assurance : le recours à la Médiation de l'Assurance

• Quelles sont les démarches à effectuer ?

Un consommateur en litige avec une entreprise d'assurances ou un intermédiaire d'assurances adhérant à la Médiation de l'Assurance peut faire appel au Médiateur de l'Assurance. La procédure de médiation est gratuite, écrite et confidentielle.

Le client doit se rapprocher de son interlocuteur habituel (conseiller en assurance, gestionnaire, agent général d'assurance, courtier, ...) qui, dans la plupart des cas, lui proposera des solutions.

Si le désaccord persiste, il doit contacter le service réclamation de l'assureur auprès duquel le contrat a été souscrit, en précisant :

- la nature exacte de la réclamation ;
- le numéro du contrat ;
- l'ensemble des références inscrites sur les lettres de la société d'assurances ou de l'intermédiaire d'assurances ;
- un numéro de téléphone et les heures joignables ;
- une adresse mail.
- et en joignant la photocopie des documents nécessaires à la bonne compréhension de la réclamation.

• Quand saisir le Médiateur de l'Assurance ?

Si le litige persiste après épuisement des procédures internes de traitement des réclamations propres à son assureur, le Médiateur de l'Assurance peut alors être saisi, à condition qu'aucune action judiciaire n'ait été engagée.

Le client peut saisir le Médiateur de l'Assurance uniquement pour les litiges qui portent sur la souscription, l'interprétation ou l'application d'un contrat d'assurance souscrit auprès d'une entreprise d'assurances ou d'un intermédiaire adhérent à la Médiation de l'Assurance.

Les litiges relatifs à la politique commerciale d'une entreprise d'assurances ne relèvent pas de sa compétence.

• **Comment saisir le Médiateur de l'Assurance ?**

Pour saisir le Médiateur de l'Assurance, deux possibilités s'offrent au client :

- Par voie électronique, en complétant un formulaire de saisine sur le site de la Médiation de l'Assurance.
- Par courrier, en envoyant un dossier écrit à :

La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75 441 Paris cedex 09

Son dossier doit comporter les informations suivantes :

- un bref résumé du litige et les dates des principaux événements à l'origine du différend ;
- le courrier éventuel de sa société d'assurances ou de son intermédiaire d'assurances exprimant sa position au sujet du litige ;
- les copies des contrats d'assurance concernés par son litige ;
- ses courriers de réclamation auprès de la société d'assurances ou de l'intermédiaire d'assurances (datant de moins d'un an) et les éventuelles réponses apportées.

La saisine de la Médiation de l'Assurance suspend le délai légal de la prescription en assurance qui est de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Cela signifie que, dans le cas où le client ne serait pas d'accord avec l'avis rendu par la Médiation de l'Assurance, il peut engager une action contre son assureur dans ce délai sans être pénalisé par le temps de traitement du dossier en médiation.

L'assurance automobile / Les assureurs et la Médiation des Assurances

• Pourquoi adopter la Médiation des Assurance ?

Avec l'avènement de la Loi justice 2019-2021, la médiation prend ses lettres de noblesse et passe du statut de « mode alternatif de règlement des différends » (Mard) à un moyen « à part entière » de règlement de litige, ouvert aux parties, en garantissant la libre disposition de leurs droits.

Aujourd'hui, « faire traiter son affaire » par la voie judiciaire est une expression désuète en chargeant un juge de dire le droit après avoir entendu les conseils des parties alors même que des alternatives sécurisées rapides et économiques existent.

La Médiation existe depuis toujours mais ce concept tarde à être généralisé ! C'est une « nouvelle justice » et les intervenants traditionnels (avocats, juges, etc.) voient leur rôle évoluer et se transformer.

Les MARD sont « une conception modernisée de la justice, une justice qui accompagne, observe, promeut la négociation, prend en compte l'exécution, en ménageant les relations futures entre les parties, et cerise sur le gâteau préserve le tissu social. »

Le justiciable a trop souvent l'impression (corroboree par les Etudes du Ministère de la justice) qu'il n'a pas été suffisamment entendu par les juges, que la justice est lente et couteuse. Les MARD répondent parfaitement aux objections et critiques des justiciables.

En Octobre 2003, a eu lieu à DRESDE (Allemagne) le congrès des Riad qui a mis en évidence l'intérêt que les assureurs de protection juridique portent à la médiation. En France, les assureurs ont tenté de développer une collaboration avec le CMAP.

Ne répondant pas systématiquement aux mêmes attentes les MARD telle que la Médiation se démarquent de l'approche traditionnelle des assureurs de protection juridique.

Intégrer la Médiation va révolutionner et apporter des changements en profondeur dans la gestion et la politique de gestion des sinistres par les assureurs.

• Qu'apporte la Médiation au client ?

La médiation apporte une nouvelle satisfaction client. La satisfaction est au cœur de l'activité d'un assureur proposant un service de protection juridique.

Dans toute la chaîne de valeur constituée par les renseignements juridiques par téléphone ou tchat, la gestion du litige par les juristes internes spécialisés, jusqu'à la transmission du dossier à un avocat externe à la compagnie en cas de nécessité d'un procès au civil l'objectif est de contribuer à la mise en application de processus visant à régler rapidement et économiquement un litige, un différend, un conflit tout en préservant la sacrosainte « Satisfaction Client ».

Cependant, une réponse « tout juridique » que les assureurs, dans leur contrat de Protection Juridique offrent, n'apparaît plus totalement efficiente car elle oublie un pan important de ce qui constitue le litige, c'est-à-dire les causes de ce dernier.

Ne pas traiter la cause renforce ou tout du moins n'annihile pas le sentiment d'insatisfaction du justiciable, client de l'assureur.

Seule la Médiation apporte une forte considération à cet élément en permettant une expression claire et dépassionnée entre les parties.

La médiation apporte un prisme et une vision différente du conflit: La problématique du litige du client de la Protection juridique est vue différemment dans le cadre de la Médiation.

Il faut que la Compagnie, dès lors qu'elle est saisie du conflit puisse adapter et comprendre comment agit la Médiation. Elle n'en n'oublie pas tout de même la vérification des couvertures mais sa démarche et celle de ses juristes doit être elle-même guidée par une formation aux techniques de la médiation, en inversant les modes opératoires précédents.

La plupart des litiges mettent en évidence que les parties restent et campent sur des positions juridiques pour justifier leurs demandes ou répondre aux arguments de la partie adverse. Le problème est bien souvent ailleurs et reste une nouvelle fois l'origine et les causes du conflit.

La médiation est un moyen confidentiel, rapide et efficace pour réparer les causes de son différend. La Médiation a pour but de redonner confiance en les capacités que le client détient pour définir ses intérêts et les défendre en présence d'un tiers neutre. (Le Médiateur).

Le consentement à la Médiation étant libre, il faut donc que la partie adverse puisse être rapidement mise en confiance et qu'elle est véritablement l'impression que sa position sera respectée avant toute intervention d'un tiers.

La médiation : un état d'esprit au sein des Services de Protection Juridique.

La médiation doit être ancrée et répandue dans l'Etat d'Esprit du service de Protection juridique de l'assureur. Sans cette appétence forte aux MARD l'intervention de l'assureur ne permettra pas d'assoir la nécessaire confiance que ce processus instaure. La Médiation doit s'imposer comme une évidence et les juristes du Pôle Protection Juridique doivent abandonner leurs vieux réflexes et changer leurs habitudes. C'est à ce prix que l'assureur pourra reconquérir ou améliorer sa satisfaction client en véhiculant une image positive et progressiste des solutions qu'il apporte à ses clients.

« Entrer en médiation, c'est vouloir s'ouvrir à l'autre, c'est être en capacité de déterminer ses propres intérêts et être prêt à les défendre, en un mot s'assumer, simplement en regardant l'autre non plus comme un ennemi, mais comme un allié. »

- **Les assureurs sont-ils enfin prêts à proposer la Médiation à leurs Clients ?**

Les tentatives qui ont pu avoir lieu par le passé, au sein de certains services peuvent en témoigner, les résistances ont été fortes et pour certaines n'ont pas permis la pérennisation de ces méthodes alternatives.

Les derniers textes de Loi, la situation actuelle suite à l'arrivée du COVID 19, la demande croissante des assurés d'une justice rapide, simplifiée et accessible au plus grand nombre sont autant d'éléments qui plaident en un changement, si ce n'est radical, profond de la manière d'appréhender les conflits et différends et il s'agit d'une opportunité forte, pour les assureurs de proposer des solutions alternatives permettant de communiquer également sur leur capacité à entendre le monde et à réagir avec les attentes des assurés.

Les collaborateurs des services de protection juridique à l'épreuve. En effet, si le principe d'une organisation dissociée du service de Protection Juridique est acté en interne il ne faut pas que ce service soit en confrontation perpétuelle. Il faut acter du fait que toutes les tentatives de Médiation n'aboutiront pas nécessairement et que la place du juriste qui précédemment gérait des litiges de manière « classique » n'est pas en danger. Il y a juste nécessité d'un rééquilibrage dans la gestion des dossiers pour laisser la chance à la Médiation de s'imposer dans la culture d'Entreprise et dans les choix des modes de résolution des conflits.

Cet équilibre doit pouvoir être atteint par la diversité des parcours et des formations des juristes et l'alchimie consistera à permettre le suivi d'un dossier de Protection Juridique et la transmission entre les différents intervenants par un système d'information et un workflow bien étudié.

Les compagnies d'assurances face au défi des MARD. Une compagnie d'assurance qui ne mettrait pas en avant ou qui ne se doterait pas de solution internes et externes visant à proposer et intégrer les MARD et plus particulièrement la Médiation dans son

offre de Protection Juridique perdra la bataille de la satisfaction client et ne maîtrisera pas les coûts des procès au civil.

Avec la fermeture des Tribunaux du fait du confinement, les textes de Loi qui promeuvent sans cesse le recours aux MARD pour désengorger la Justice civile, la Médiation s'impose enfin, jour après jour aux justiciables et par extension aux services de Protection Juridiques des assureurs.

L'assurance automobile / La charte du Médiateur de l'assurance



CHARTE DU MÉDIATEUR DE L'ASSURANCE

PRÉAMBULE

L'Association La Médiation de l'Assurance a pour objet de mettre à la disposition du consommateur un dispositif gratuit de règlement des litiges pouvant intervenir entre les particuliers et les entreprises d'assurance ou les intermédiaires d'assurance adhérent à la présente Chartre et opérant en France, afin de rechercher des solutions amiables aux conflits opposant un consommateur à un assureur ou un intermédiaire portant sur la souscription, l'application ou l'interprétation d'un contrat d'assurance souscrit.

La présente Chartre est adressée à toute personne qui saisit le Médiateur. Elle s'inscrit dans le dispositif légal de la médiation des litiges de la consommation, sous le Titre 1 du livre VI du Code de la consommation.

ARTICLE 1 : LE MÉDIATEUR

Le Médiateur de l'Assurance est désigné à l'unanimité, pour un mandat renouvelable de trois ans, par un Comité de désignation composé du Président du Comité Consultatif du Secteur Financier, d'un représentant désigné par les membres institutionnels et de deux personnalités qualifiées.

Le Médiateur est une personnalité indépendante et impartiale, reconnue pour ses qualités et ses aptitudes dans le domaine de la médiation.

Il accomplit sa mission avec diligence et compétence. Il ne reçoit aucune directive d'aucune partie.

Il dispose des concours, moyens et pouvoirs nécessaires à l'exercice de sa mission.

Il est inscrit sur la liste des médiateurs notifiés à la Commission Européenne, conformément à l'article L.615-1 du Code de la consommation.

ARTICLE 2 : LE CHAMP DE COMPÉTENCE

Le Médiateur peut être saisi par tout consommateur, assuré ou bénéficiaire, d'un litige relatif à la souscription, l'interprétation ou l'application d'un contrat d'assurance.

Les litiges relatifs à la politique commerciale d'une entreprise ne relèvent pas de sa compétence.

Aux termes de l'article L.612-2 du Code de la consommation, le Médiateur ne peut être saisi lorsque :

- Le consommateur ne justifie pas avoir tenté, au préalable, de résoudre son litige directement auprès du professionnel par une réclamation écrite selon les modalités prévues, le cas échéant, dans le contrat ;
- La demande est manifestement infondée ou abusive ;
- Le litige a été précédemment examiné ou est en cours d'examen par un autre médiateur ou par un tribunal ;
- Le consommateur a introduit sa demande auprès du médiateur dans un délai supérieur à un an à compter de sa réclamation écrite auprès du professionnel ;
- Le litige n'entre pas dans son champ de compétence.

ARTICLE 3 : LA SAISINE DU MÉDIATEUR

La procédure de médiation est écrite.

Le consommateur peut saisir le Médiateur gratuitement :

- Par voie électronique : www.mediation-assurance.org
- Par courrier à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de l'Assurance – TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09.

Les parties ont la faculté, à leur charge, de se faire représenter par un avocat, ou un tiers de leur choix, à tous les stades de la procédure.

La procédure et les informations sur les modalités de recours internes à l'entreprise ou l'intermédiaire d'assurance sont transmises par le professionnel. Le consommateur peut saisir le Médiateur si sa demande est restée sans réponse de la part du professionnel à l'issue d'un délai de deux mois ou si le litige persiste après épuisement des modalités de recours mises en place par le professionnel (interlocuteur habituel puis service dédié au traitement des réclamations).

Dans un délai de trois semaines à compter de la réception de la demande, le Médiateur informe le consommateur de la recevabilité ou

non de celle-ci. Il peut être amené à solliciter auprès des parties des informations ou documents complémentaires.

ARTICLE 4 : LA PROCÉDURE

Si le Médiateur considère que certaines circonstances sont susceptibles d'affecter son indépendance ou son impartialité, il en informe les parties qui peuvent s'opposer à la poursuite de la procédure.

Le Médiateur est tenu à une obligation de confidentialité. Cette obligation ne peut être opposée à la Commission d'évaluation et de contrôle de la médiation de la consommation (CECMC) dans le cadre de ses contrôles.

La saisine préalable du médiateur entraîne la suspension jusqu'à la signification de la solution du Médiateur de tout recours judiciaire initié par le professionnel, à l'exception des actions intentées à titre conservatoire.

À compter de la notification de la recevabilité adressée au consommateur, la prescription est suspendue ; celle-ci court à nouveau à compter de la clôture de la procédure de Médiation, pour une durée qui ne saurait être inférieure à 6 mois, conformément aux termes de l'article 2238 du Code civil.

ARTICLE 5 : L'ISSUE DE LA MÉDIATION

À compter de la notification de la recevabilité de la demande et à partir des documents sur lesquels elle est fondée, le Médiateur formule une proposition de solution motivée en droit et/ou en équité, qu'il adresse aux parties dans un délai de quatre-vingt-dix jours au plus tard. La procédure de Médiation est alors clôturée. Ce délai peut être prolongé à tout moment si la complexité du litige l'exige.

Dans sa proposition de solution, le Médiateur rappelle aux parties :

- qu'elles sont libres d'accepter ou de refuser sa proposition dans le délai d'un mois. En l'absence d'accord explicite dans ce délai la proposition est considérée comme non acceptée; en cas de refus de l'entreprise ou de l'intermédiaire d'assurance, la Direction générale en informe le Médiateur en précisant les motifs de son refus.
- que le recours à la Médiation n'exclut pas la possibilité d'un recours devant une juridiction ;
- que la solution peut être différente de la décision qui serait rendue par un juge.

La médiation prend fin lorsque :

- le réclamant et l'entreprise ou intermédiaire d'assurance acceptent la proposition faite par le médiateur, ou l'une des parties la refuse ;
- l'une des parties demande au médiateur de mettre un terme à la médiation.

ARTICLE 6 : LE RAPPORT ANNUEL

Le Médiateur de l'Assurance établit chaque année un rapport sur son activité. Il y formule des recommandations visant à prévenir le renouvellement des litiges les plus fréquemment rencontrés dont il a été saisi. Ce rapport est public et mis en ligne sur le site Internet de La Médiation de l'Assurance.



LA PROTECTION DES DONNÉES

La Médiation de l'Assurance s'engage à respecter la réglementation en matière de protection des données personnelles et notamment celles issues du Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 et de la Loi Informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée.

Information du consommateur

Dans le cadre des échanges qu'elle a avec les consommateurs, La Médiation de l'Assurance fait apparaître la mention d'information ci-après.

Données personnelles collectées et traitées :

Afin d'assurer le bon fonctionnement de La Médiation de l'Assurance, vous devez communiquer lors de la saisine de notre service (par voie postale comme via un formulaire en ligne), puis ultérieurement sur demande du médiateur, certaines informations dont notre service assurera le traitement (ci-après les « Données Personnelles »). L'entreprise ou l'intermédiaire d'assurance concerné, sur demande du médiateur, peut être également amené à transmettre à La Médiation de l'Assurance certaines informations vous concernant.

Selon la nature de votre dossier, les Données Personnelles recueillies peuvent être des informations d'identification (ex. nom, prénom et adresse), financières (ex. revenus et patrimoine), familiales (ex. situation matrimoniale), de santé (ex. certificats médicaux), ainsi que des données de jugement, de plainte et réglementaires (ex. procédure de divorce, procès-verbaux). Vous reconnaîtrez que parmi les informations transmises par vos soins ou par l'entreprise ou l'intermédiaire d'assurance concerné, certaines peuvent être, selon la nature de votre dossier :

- des données dites sensibles au sens de la Réglementation portant sur la vie privée (ex. informations sur la santé ou sur des infractions commises) ;
- des informations portant sur des personnes de votre entourage familial ou environnement professionnel.

Base légale et finalités des traitements

Le traitement de Données Personnelles est notamment justifié par le dispositif légal de la médiation tel que prévu dans le Code de la consommation. Les Données Personnelles sont utilisées uniquement pour les finalités suivantes : le traitement des demandes de médiation, la gestion et le suivi de la procédure de médiation une fois les dossiers ouverts, l'élaboration des propositions de solution du Médiateur ainsi que tout autre traitement ayant pour finalité d'assurer la bonne exécution du service de médiation, conformément à la présente Charte. La Médiation de l'Assurance s'interdit tout traitement à des fins étrangères à l'exécution de sa mission.

Destinataires des données

Dans le cadre du traitement des demandes de médiation, les Données Personnelles sont uniquement accessibles au personnel du service de La Médiation de l'Assurance ainsi qu'à des prestataires de confiance intervenant dans la fourniture de nos services. Nos collaborateurs sont soumis à une obligation de confidentialité, et nous nous assurons que les sous-traitants autorisés à traiter les Données Personnelles présentent des garanties répondant aux exigences de la Réglementation portant sur la protection des données personnelles. En outre, ces Données Personnelles, hormis les pièces contenant des données médicales, sont rendues accessibles aux représentants habilités des entreprises et intermédiaires d'assurance concernés. Enfin, les Données Personnelles peuvent être communiquées à des tiers si nous y sommes contraints par la loi, une disposition réglementaire ou une ordonnance judiciaire ou encore si cette divulgation est rendue nécessaire pour les besoins d'une enquête, injonction ou d'une procédure judiciaire, sur le territoire national ou à l'étranger.

Durée de conservation

Les Données Personnelles ne sont conservées que pour la durée nécessaire à la réalisation des traitements précités. A ce titre, lorsqu'un dossier est classé sans suite ou clôturé, les Données Personnelles et les documents transmis lors de la procédure de médiation sont supprimés de nos bases actives dans un délai de deux ans. Toutefois, notamment pour satisfaire à ses obligations légales, la Médiation de l'Assurance pourra conserver certaines Données Personnelles pour une période de dix ans à compter de la clôture de la médiation, dans des bases d'archives sécurisées à accès limité.

Sécurité

La Médiation de l'Assurance s'engage à fournir ses meilleurs efforts pour assurer la sécurité des Données Personnelles et notamment à mettre en place des mesures physiques, techniques et organisationnelles pour empêcher leur endommagement, perte et effacement ou leur accès par des tiers non autorisés. Les procédures mises en œuvre avec nos fournisseurs prennent en compte les contraintes imposées par la réglementation en matière de protection des données et notamment les procédures d'alerte, de notification et d'information en cas de violation des données.

Enfin, La Médiation de l'Assurance héberge les Données Personnelles sur le territoire français.

Respect de vos droits

Toute personne concernée, justifiant de son identité et dont les Données Personnelles sont traitées par la Médiation de l'Assurance, dispose à minima des droits suivants : droit d'accès (ex : vérifier les données vous concernant que nous conservons et en obtenir copie) ; droit à la rectification (ex. mettre à jour ou corriger vos données si elles sont incomplètes ou incorrectes) ; droit à la limitation (ex. dans certains cas prévus par la loi, et si vous remettez en cause le traitement de certaines de vos données, vous pouvez réclamer qu'on en limite l'utilisation durant la gestion de votre différend) ; le droit à l'effacement (ex. réclamer la suppression définitive de vos données au sein de nos bases de données).

Vous pouvez exercer ces droits à tout moment en nous adressant vos demandes par courrier postal à TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09 à l'attention du Responsable de la Protection des Données de La Médiation de l'Assurance. Vous pouvez également vous adresser au Délégué à la Protection des Données de La Médiation de l'Assurance par email à l'adresse "dpd@gpsa.fr".

Enfin, pour en savoir plus sur vos droits ou si vous souhaitez déposer une réclamation, nous vous invitons à vous rapprocher de la CNIL (notamment via son site internet : <https://www.cnil.fr>).

L'assurance automobile / Etude de cas de la Médiation de l'Assurance : Les variations dans la déclaration de sinistre peuvent être sanctionnées

• Déchéance de garantie

La seule déclaration inexacte de l'assuré à l'occasion d'un sinistre ne suffit pas à lui opposer une déchéance de garantie. Il faut pouvoir établir qu'elle a été faite de manière intentionnelle. La variation des déclarations de l'assuré concernant son sinistre permet dans certains cas d'établir cette intentionnalité.

• Étude de cas

Les contrats d'assurance prévoient généralement une clause de déchéance privant l'assuré de son droit à indemnisation en cas de fausse déclaration intentionnelle de ce dernier sur la date, les circonstances ou les conséquences d'un évènement garanti.

Il s'agit d'une sanction légitime en cas de tentative de fraude de la part de l'assuré. Toutefois, pour être valablement opposée, il incombe à l'assureur de démontrer d'une part, la présence d'une déclaration inexacte, et d'autre part, qu'elle a été commise intentionnellement par l'assuré.

La bonne foi entre contractants étant présumée, il appartient à celui qui allègue de la déloyauté de son partenaire d'en apporter la preuve. Il s'agit là d'un principe fondamental de droit des obligations contractuelles et la Cour de cassation a jugé que le doute sur la mauvaise foi suffit à l'écartier.

Dans le cas étudié, un assuré a adressé une première déclaration de sinistre à son assureur, précisant avoir retrouvé son véhicule stationné endommagé et sollicitant la prise en charge de ses dommages.

L'assureur a mis en place une expertise du véhicule, qui a conclu que les dommages constatés ne pouvaient pas résulter d'un choc

en stationnement, mais étaient caractéristiques d'un choc contre un corps fixe de type poteau métallique.

Informé des conclusions du rapport d'expertise, et par conséquent des doutes de l'assureur sur les circonstances du sinistre, l'assuré est revenu sur sa première déclaration de sinistre en indiquant avoir heurté un poteau en effectuant une manœuvre de recul avec son véhicule.

Or, la deuxième chambre civile de la Cour de cassation a précisé que les variations de déclarations de l'assuré concernant la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences d'un sinistre, permettent d'établir l'intentionnalité d'une fausse déclaration faite par l'assuré et de le priver ainsi de tout droit à garantie (Cass. civ. 2ème, 17 janvier 2019, n° 18-11.701).

• Conclusion

Par conséquent, il a été considéré, en application de la jurisprudence précitée, que l'assureur était fondé à opposer à l'assuré la déchéance de garantie pour ce sinistre, ayant pour conséquence le refus de prise en charge des dommages de son véhicule.

Recommandations du Médiateur

L'assuré a tout intérêt à déclarer avec exactitude les circonstances de survenance de son sinistre et à répondre sincèrement aux questions posées par l'assureur, pour ne pas se voir opposer une clause contractuelle le privant de son droit à garantie.

L'assuré ne doit pas hésiter à faire part de ses réserves lorsqu'il ignore la réponse exacte à la question posée (par exemple, le kilométrage du véhicule). À défaut, il pourrait être privé de son droit à garantie.

L'assurance automobile / Etude de cas de la Médiation de l'Assurance : Il faut toujours assurer son véhicule, même s'il ne roule plus

- **Assurance automobile**

Le fait qu'un véhicule ne roule plus ne soustrait pas son propriétaire à l'obligation d'assurance et n'est donc pas un motif de résiliation.

- **Étude de cas**

Un assuré demandait la suspension de son contrat d'assurance automobile car son véhicule n'était plus en circulation.

Afin de procéder à la résiliation du contrat, l'assureur a alors demandé à l'assuré de confirmer que le véhicule était bien hors service, batterie débranchée et que la carte grise avait été retournée à la Préfecture avec la mention « épave ».

Faute pour l'assuré d'avoir communiqué ces documents, l'entreprise d'assurance n'a pas procédé à la résiliation du contrat et a adressé à l'assuré une mise en demeure de régler la prime d'assurance.

Ce dernier a contesté, estimant que dès lors que son véhicule nécessitait d'importantes réparations et n'était plus en état de rouler, son contrat d'assurance devait être résilié.

Cependant, tout véhicule terrestre à moteur doit obligatoirement être assuré au minimum « au tiers » – c'est-à-dire qu'il doit être couvert pour les dommages causés aux tiers – et ce, même s'il est immobilisé (article L.211-1 du Code des assurances).

Le contrat devait donc poursuivre ses effets, et notamment la garantie responsabilité civile du conducteur.

Bien que n'utilisant plus son véhicule, l'assuré était toujours en sa possession. Par conséquent, il n'était pas possible de procéder à la résiliation du contrat d'assurance automobile pour les motifs

invoqués par l'assuré, qu'il s'agisse de la perte totale ou de la résiliation à l'échéance.

Concernant la résiliation pour perte totale du véhicule, l'assuré doit fournir un document justifiant qu'il n'est plus en possession de son véhicule, par exemple un document attestant de sa cession à un épaviste. L'assuré n'a pas pu joindre un tel document à sa réclamation de sorte que la résiliation pour perte totale du véhicule n'était pas possible.

Ensuite, pour pouvoir prétendre à la résiliation du contrat d'assurance à échéance, l'assuré doit adresser un courrier recommandé à son assureur deux mois avant la date d'échéance de son contrat. Les délais n'ayant pas été respectés en l'espèce, la demande de l'assuré pouvait être refusée.

L'assureur a alors proposé de procéder à une diminution des garanties afin de n'assurer le véhicule qu'au minimum des garanties, ceci à effet rétroactif, à la date de la première demande.

• Conclusion

Le Médiateur a confirmé que la proposition de l'assureur était satisfaisante puisqu'elle allait même au-delà de ses obligations légales.

Recommandations du Médiateur

Lorsqu'un assuré demande la résiliation d'un contrat d'assurance en raison de l'absence de circulation du véhicule, l'assureur doit lui rappeler l'obligation d'assurance pesant sur le propriétaire d'un véhicule et peut lui proposer de ne maintenir que les garanties pouvant lui être utiles.

Une voiture, même immobile, représente un risque pour les tiers. Elle peut prendre feu, exploser ou les freins peuvent lâcher et causer un dommage aux tiers. Pour toutes ces raisons, il est important d'être assuré au titre d'une garantie responsabilité civile.

L'assurance automobile / Etude de cas de la Médiation de l'Assurance : L'altération des relations commerciales : un motif de résiliation recevable ?

- **Résiliation par l'assureur**

Lorsque l'assureur procède à la résiliation d'un contrat d'assurance, il doit, dans certains cas, indiquer à l'assuré les raisons qui justifient sa décision. La légitimité des motifs alors invoqués peut-être source de contestation.

- **Étude de cas**

Un cas soumis à l'appréciation du Médiateur concernait un assuré qui avait vu ses contrats d'assurance automobile et habitation résiliés à leur échéance annuelle, en application de l'article L.113-12 du Code des assurances. Dans son courrier de résiliation, l'assureur motivait sa décision par « l'altération des relations commerciales ».

Par la suite, l'assuré ne parvenait pas à trouver une nouvelle entreprise d'assurance acceptant de couvrir ses risques. Estimant que ces difficultés étaient imputables au motif de rupture soulevé par l'assureur, l'assuré a contesté la résiliation en faisant valoir que : d'une part, les conditions générales de ses contrats ne prévoyaient pas de faculté de résiliation pour un tel motif ; d'autre part, ce motif n'était pas légitime car uniquement fondé sur un appel téléphonique houleux entre l'assuré et un conseiller de l'assureur.

Le Médiateur a alors tout d'abord rappelé que, conformément à l'article L.113-12 du Code des assurances, l'assureur peut, comme l'assuré, librement résilier le contrat d'assurance à l'échéance annuelle, à la condition de respecter un préavis de deux mois avant la date d'échéance du contrat.

Cette faculté de résiliation à l'échéance annuelle était d'ailleurs rappelée au sein des conditions générales des deux contrats souscrits par l'assuré.

En outre, lorsque l'assureur prend l'initiative de la résiliation, et que le contrat couvre une personne physique en dehors de son activité professionnelle, l'article L.113-12-1 du Code des assurances lui impose de motiver sa décision.

Le Médiateur a alors relevé que, si ce texte met à la charge de l'assureur une obligation de motivation, il n'impose pas pour autant que les motifs pouvant justifier une résiliation soient expressément prévus par les dispositions contractuelles. Le législateur n'a pas non plus instauré de liste de motifs considérés comme légitimes, ni de dispositif de contrôle de la motivation de la résiliation.

• Conclusion

Ainsi, l'assureur pouvait valablement motiver sa décision de résilier le contrat par « l'altération des relations commerciales », sans avoir à justifier plus avant ce motif.

Recommandations du Médiateur

L'assureur doit indiquer un motif de résiliation dans tous les cas où il résilie de lui-même un contrat d'assurance couvrant une personne physique en dehors de son activité professionnelle.

Dans le cadre de ces litiges, le Médiateur vérifie le respect de cette obligation de motivation par l'assureur, mais cela ne saurait le conduire à apprécier la légitimité du motif invoqué.

L'assurance automobile / Etude de cas de la Médiation de l'Assurance : L'imprudence n'exclut pas nécessairement l'indemnisation

- **Faute dolosive**

Prévue par l'article L.113-1, alinéa 2 du Code des assurances, elle permet à l'assureur de refuser sa garantie si cette faute fait perdre à l'opération d'assurance son caractère aléatoire.

- **Étude de cas**

L'assuré s'étant engagé sur une route traversée par un cours d'eau et se retrouvant bloqué au milieu de celle-ci, commet-il une faute ayant pour conséquence de le priver de l'indemnisation de son sinistre ?

Dans ce dossier soumis au Médiateur, un assuré a déclaré la panne de son véhicule après avoir franchi une route traversée par un cours d'eau. L'assureur a refusé de prendre en charge le sinistre, au motif que le comportement de l'assuré avait supprimé le caractère accidentel du sinistre et que ce dernier avait commis une faute dolosive au sens de l'article L.113-1, alinéa 2, du Code des assurances.

Afin de déterminer si l'assureur était en mesure de refuser de délivrer sa garantie, le Médiateur a rappelé les critères dégagés par la jurisprudence permettant de caractériser la faute dolosive.

Le Code des assurances dispose à l'article L.113-1, alinéa 2, que « l'assureur ne répond pas des pertes et dommages provenant d'une faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré ».

La deuxième chambre civile de la Cour de cassation a proclamé l'autonomie de la faute dolosive, en considérant dans un arrêt récent que la faute dolosive était caractérisée lorsque l'assuré avait manqué à l'une de ses obligations et qu'il avait conscience du fait que ce manquement entraînerait de manière inéluctable un

dommage faisant disparaître le caractère aléatoire du risque garanti (Cass. 2ème civ., 20 mai 2020, n° 19-14.306).

Le contrat d'assurance est un contrat aléatoire au sens de l'article 1108, alinéa 2 du Code civil, lequel prévoit que « le contrat est aléatoire lorsque les parties acceptent de faire dépendre les effets du contrat, quant aux avantages et aux pertes qui en résulteront, d'un événement incertain ».

La connaissance par l'assuré que son action ou son inaction aura pour effet la réalisation d'un sinistre entraînant l'intervention de son assureur supprime cet aléa privant le contrat de sa caractéristique essentielle.

S'agissant d'une exclusion de garantie, la preuve de la réunion de ses conditions est laissée à la charge de l'assureur. Ainsi, pour refuser la prise en charge du sinistre, l'assureur doit démontrer non seulement que l'assuré a eu un comportement ayant pour effet de rendre inévitable la réalisation du dommage mais aussi sa volonté de faire disparaître l'aléa attaché à la couverture du risque.

• Conclusion

Au regard de ces éléments, le Médiateur a conclu que, si la circonstance d'avoir traversé une route inondée constituait un manque de vigilance de l'assuré, les éléments du cas d'espèce n'avaient pas permis d'établir que l'assuré avait conscience que ce manque de vigilance entraînerait nécessairement un dommage.

Dès lors, dans le respect de la jurisprudence la plus récente de la deuxième chambre civile de la Cour de cassation, aucune faute dolosive ne pouvait être caractérisée, de sorte que l'assureur était tenu de délivrer sa garantie.

Recommandations du Médiateur

La faute dolosive suppose que l'assureur démontre non seulement une faute ou une imprudence de l'assuré mais aussi la conscience de ce dernier que cette faute ou imprudence entraînerait de manière inéluctable un dommage.

Il ne faut pas confondre la faute dolosive et la faute intentionnelle, prévues à l'article L.113-1, alinéa 2, du Code des assurances. Cette dernière ne sera retenue que si l'assuré a agi avec la volonté de causer le dommage tel qu'il est survenu.

L'assurance automobile / Etude de cas de la Médiation de l'Assurance : La déclaration de sinistre doit être sincère

• Déclaration de sinistre

Une fausse déclaration intentionnelle effectuée à la suite d'un sinistre, aussi minime soit-elle, peut priver l'assuré de la prise en charge de ses dommages.

• Étude de cas

Un assuré a souscrit un contrat d'assurance automobile pour son véhicule.

Peu de temps après, il a déclaré un accident à son assureur et lui a transmis un constat amiable dont la date avait été modifiée de manière manuscrite.

Lors de l'examen du véhicule, l'expert a constaté un niveau d'oxydation important du bas de caisse et a indiqué que le dommage déclaré était antérieur à la souscription au contrat. La date du sinistre ne pouvait donc pas correspondre à la déclaration de l'assuré.

L'assureur a alors refusé d'intervenir dans la prise en charge des dommages pour fausse déclaration sur la date de survenance de l'accident en opposant une déchéance de garantie, sanction prévue dans les conditions générales du contrat.

La déchéance de garantie est, en effet, une sanction contractuelle qui fait perdre à l'assuré son droit à garantie lorsqu'il ne respecte pas certaines de ses obligations, dont celle de déclarer le sinistre avec sincérité.

Pour pouvoir valablement l'opposer, l'assureur doit démontrer, d'une part, la présence d'une déclaration inexacte et, d'autre part, qu'elle a été commise intentionnellement par l'assuré,

conformément à la jurisprudence la plus récente de la Cour de Cassation, en date du 5 juillet 2018.

Lorsqu'un assuré modifie de façon manuscrite des documents qu'il utilise en soutien de sa demande d'indemnisation, il ne peut ignorer que son sinistre n'a pas eu lieu à la date initialement déclarée. Le rapport d'expertise a d'ailleurs confirmé l'incohérence de date. La fausse déclaration de l'assuré ne pouvait donc avoir été faite que sciemment.

• Conclusion

Cette modification volontaire, qui pouvait sembler porter sur une information mineure, faussait en fait les circonstances du sinistre et donc l'appréciation de l'assureur. Elle justifiait ainsi la perte de tout droit à garantie, pour fausse déclaration intentionnelle à la suite d'un sinistre.

En conséquence, le Médiateur a confirmé que l'assureur était fondé à opposer une déchéance de garantie.

Recommandations du Médiateur

Toute fausse déclaration intentionnelle lors d'un sinistre, même si elle ne porte que sur un « détail », peut entraîner la perte de tout droit à indemnité si la déchéance est prévue par le contrat.

La déchéance de garantie est une sanction conventionnelle qui ne peut être mise en œuvre qu'en cas de fausse déclaration effectuée sciemment par l'assuré. La charge de la preuve du caractère intentionnel de la fausse déclaration incombe à l'assureur.

L'assurance automobile / Les innovations technologiques de l'automobile

• Qu'en est-il de l'évolution du marché de l'automobile ?

Le marché de l'automobile est en constante évolution : véhicules électriques, connectés, autonomes, autant d'innovations technologiques qui viennent bouleverser ce qu'est la voiture d'aujourd'hui et sera la voiture de demain.

Les avancées technologiques :

Concept cars et nouveautés auto

- La quête pour des véhicules toujours plus performants, à la fois en termes de conduite mais également de sécurité, pousse les constructeurs automobiles à réinventer sans cesse ce qu'est une voiture. Sous forme de « concept cars », ces voitures révolutionnaires sont régulièrement présentées au grand public.
- Il peut s'agir de nouveaux carburants, d'une réinvention de l'habitacle ou bien de changements plus radicaux, comme par exemple une suppression pure et simple des rétroviseurs, remplacés par des caméras sophistiquées qui affichent en direct un flux vidéo sur le tableau de bord.

Sécurité et voitures connectées

- Les technologies embarquées des voitures connectées modifient, améliorent le comportement d'un véhicule sur la route, notamment à l'aide de systèmes automatisés pouvant détecter les autres voitures, et bientôt, la signalisation.

L'objectif : sécuriser davantage la conduite avec des engins innovants, par exemple avec un airbag externe enveloppant la voiture en cas de sinistre.

- Désormais, les voitures sont de plus en plus responsables de la conduite : on voit le développement des véhicules autonomes et semi-autonomes. Le but est d'améliorer au maximum la sécurité routière.

- **Que dire sur les applications mobiles ?**

Des applications automobiles sont créées pour accompagner les automobilistes sur la route. Il peut s'agir d'applications de prévention, signalant les limitations de vitesse ou l'état de certaines portions de route, ou d'information, par exemple indiquant les points d'intérêt à proximité des autoroutes, d'assistance ou touristiques.

- **Quelles conséquences des technologies sur l'assurance ?**

Ces innovations technologiques ont un impact direct sur le prix d'une assurance auto. D'un côté, ces voitures connectées, dotées d'équipements toujours plus novateurs et donc onéreux, ont des valeurs qui ne cessent d'augmenter et des coûts de réparation élevés en cas de sinistre. Le résultat ? Des primes qui peuvent augmenter.

Cependant, en rendant la conduite plus sûre, ces innovations ont également tendance à rassurer les compagnies d'assurance, qui peuvent alors proposer des ristournes aux conducteurs dotés d'engins technologiquement avancés.

Pour être certain de souscrire une couverture adaptée à son véhicule, il est indispensable de faire un devis assurance auto. Il est ainsi possible d'avoir une vue d'ensemble des offres et garanties du marché pour bénéficier de la meilleure protection.

De ce fait, on peut se demander :

- **Quelles sont les dernières innovations automobiles ?**

En termes de technologies, on voit proliférer des outils aidant à la conduite. Le but est d'assurer la sécurité tout en déchargeant le conducteur de certains aspects : les caméras-rétroviseurs en sont un bon exemple, mais aussi les applis pour aider à conduire.

- **Les technologies automobiles font-elles monter le prix de l'assurance auto ?**

Oui, ces équipements sont onéreux car innovants, ils ont donc

tendance à augmenter la valeur du véhicule et donc le montant de la prime. Cependant, certains assureurs considèrent que les technologies limitant la sinistralité doivent faire baisser le prix de la couverture.

L'assurance automobile / Conduite accompagnée et assurance auto

- **Quelles sont les déclinaisons de la conduite accompagnée ?**

L'Apprentissage Anticipé de la Conduite (AAC) : à partir de 15 ans il est possible d'acquérir, après une formation initiale en auto-école, une expérience de la conduite, sous le contrôle d'un ou plusieurs accompagnateurs, dans les conditions de circulation les plus variées possibles, avant le passage des épreuves pratiques et l'obtention du permis de conduire. Avec l'Apprentissage Anticipé de la Conduite, il est possible de passer le permis de conduire dès 17 ans pour pouvoir conduire seul à partir de 18 ans.

Pour s'inscrire à l'apprentissage anticipé de la conduite (AAC) en école de conduite, il faut :

- avoir l'accord des parents (pour les mineurs) et de l'assureur de la voiture que conduira le jeune ;
- être titulaire de l'Attestation scolaire de sécurité routière (ASSR) de niveau 2, passée en classe de troisième ou de l'Attestation de sécurité routière (ASR) ;
- présenter à l'inscription la copie de l'attestation de recensement ou du certificat individuel de participation à la journée défense et citoyenneté (JDC), ou de l'attestation individuelle d'exemption.

Avant de pouvoir conduire aux côtés de son accompagnateur, le candidat doit au préalable avoir réussi l'épreuve du code et avoir suivi au moins 20 heures de conduite en auto-école. L'enseignant de la conduite lui remet alors l'attestation de fin de formation initiale.

La conduite avec l'accompagnateur doit ensuite se dérouler sur une durée d'au moins un an et 3 000 km minimum. L'élève doit également suivre les rendez-vous pédagogiques en auto-école. L'apprentissage anticipé de la conduite permet ensuite au nouveau titulaire du permis de réduire sa période probatoire à 2 ans au lieu de 3.

La conduite supervisée : Le candidat de 18 ans et plus, inscrit en auto-école, peut compléter sa formation initiale par une phase de conduite accompagnée lui permettant d'acquérir davantage d'expérience avant le passage de l'épreuve pratique. Le candidat de 18 ans et plus doit, au préalable, avoir réussi l'épreuve du code et suivi au moins 20 heures de conduite en auto-école. C'est l'enseignant qui autorise la personne à opter pour cette possibilité en fonction du degré de maîtrise du véhicule, des compétences et des comportements qu'il a observés chez le candidat. Cette possibilité est aussi ouverte après un échec à l'épreuve pratique du permis de conduire.

La conduite encadrée : La conduite encadrée s'adresse aux jeunes préparant, dans les établissements de l'Éducation nationale, les diplômes professionnels menant aux métiers de la route (BEP, CAP de conducteur routier).

Cette formule, accessible à partir de 16 ans, s'effectue pendant la formation scolaire qui dure en moyenne deux ans. Dès réussite aux épreuves du code et de la conduite, l'élève pourra, après accord du chef d'établissement, conduire avec l'accompagnateur de son choix jusqu'à la délivrance de son permis.

- **Qu'en est-il de la conduite accompagnée et l'assurance auto ?**

La conduite accompagnée n'est possible que si l'assurance du ou des véhicules utilisés comporte une extension de garantie, mentionnant le nom du ou des accompagnateurs. Les propriétaires des voitures doivent la demander à leur assureur lors de l'inscription à l'auto-école. L'extension de garantie est obtenue sans surprime.

L'obtention de l'attestation de fin de formation initiale est obligatoire pour être autorisé à conduire avec son accompagnateur.

L'assureur peut refuser d'accorder cette garantie si l'accompagnateur a été condamné pour certains délits routiers (homicide et blessures involontaires, conduite sous l'emprise d'un état alcoolique, délit de fuite, refus d'obéir à un ordre de s'arrêter,

conduite avec un permis suspendu ou annulé).

L'accompagnateur doit être en outre titulaire du permis B depuis 5 ans au moins sans interruption.

En cas d'accident pendant la phase d'apprentissage, l'assuré conservera à sa charge une partie des dommages, dans la limite de la franchise « conducteur novice » habituelle dans les contrats d'assurance.

Cette franchise pourra s'appliquer tant à la garantie des dommages causés aux autres (garantie de responsabilité civile) qu'aux garanties des dommages causés au véhicule de l'assuré (garanties dommages tous accidents ou dommages collision).

• **Qu'en est-il de l'assurance auto du jeune conducteur ?**

Muni de son attestation de fin de conduite accompagnée et de son permis, le jeune conducteur qui a opté pour l'Apprentissage Anticipé de la Conduite bénéficie des avantages tarifaires mis en place pour encourager cette formation.

La surprime normalement demandée aux conducteurs novices (jusqu'à 100 % du tarif de base) est réduite de moitié (50% maximum).

Après la première année d'assurance, la surprime est à nouveau réduite de moitié si l'assuré n'a été responsable d'aucun accident. Elle est supprimée après deux années.

Certains assureurs acceptent même d'accorder leurs garanties aux nouveaux conducteurs sans appliquer cette surprime.

La conduite supervisée et la conduite encadrée ne sont pas concernées par ces dispositions. La surprime demandée aux conducteurs novices est appliquée aux conducteurs qui apprennent à conduire dans le cadre de ces deux formules.

L'assurance automobile / Assurance auto, moto : le bonus-malus

• Quelle est sa définition ?

La cotisation d'assurance auto est calculée à partir de plusieurs critères (caractéristiques du véhicule, usage qui en est fait, profil du conducteur, zone géographique, risques couverts...). Chaque année, cette cotisation est multipliée par un coefficient de bonus-malus (appelé également coefficient de réduction-majoration).

• Quel est le principe du bonus-malus ?

Réglementée et imposée à toutes les sociétés d'assurances par les pouvoirs publics (arrêté du 11 juin 1976 modifié par ceux des 22 juillet 1983, 22 novembre 1991 et 22 février 1994), la clause de « réduction-majoration » constitue un système de diminution ou d'augmentation de la cotisation de référence en fonction des accidents survenus.

Avec ce système, le conducteur qui ne cause pas d'accident bénéficie d'un bonus : sa cotisation de référence diminue. A l'inverse, l'automobiliste responsable d'un accident est pénalisé d'un malus : sa cotisation de référence augmente.

• Bonus-malus : quels sont les contrats concernés ?

La clause de bonus-malus prévue par le Code des assurances s'applique à tous les contrats d'assurance garantissant des véhicules terrestres à moteur.

Les assureurs peuvent cependant choisir d'appliquer ou non la clause relative au bonus-malus prévue dans le Code des assurances lorsque les contrats garantissent les véhicules, appareils ou matériels définis par l'article R. 311-1 du Code de la route (cyclomoteur, engin de service hivernal, engin spécial, motocyclette légère, quadricycle léger ou lourd à moteur, véhicule

de collection, véhicule d'intérêt général, véhicule d'intérêt général prioritaire, véhicule d'intérêt général bénéficiant de facilités de passage, véhicule et matériel agricoles, matériel forestier, matériel de travaux publics).

Le Code des assurances prévoit également des dérogations possibles à l'application de la clause de bonus-malus pour les contrats qui garantissent :

- plus de trois véhicules dont la conduite exige la possession d'un permis B appartenant à un même propriétaire ; toutefois, les contrats concernant les véhicules destinés à une location de plus de douze mois ou au crédit-bail doivent comporter la clause type ;
- les véhicules d'exploitation agricole ou à caractère agricole ;
- les véhicules du transport public de marchandises ou de voyageurs, et tous les véhicules de poids total autorisé en charge (PTAC) de plus de 3,5 tonnes ;
- les véhicules des collaborateurs (salariés ou bénévoles) d'une entreprise utilisés pour les besoins de celle-ci.

- **Assurance auto, moto : comment le bonus-malus est-il calculé ?**

Le bonus-malus est calculé selon les modalités prévues par le Code des assurances.

Bonus et malus sont exprimés par des coefficients de réduction ou de majoration (compris entre 0,50 et 3,50). L'avis d'échéance mentionne le montant de la cotisation de référence qui correspond au tarif de base de la société d'assurances applicable au véhicule concerné compte tenu de ses caractéristiques techniques : type de véhicule, zone géographique de circulation ou de garage, usage socio-professionnels, kilométrage parcouru, etc.

Chaque année, cette cotisation est multipliée par un coefficient de bonus-malus.

Le coefficient d'origine est de 1 ; il est inférieur à 1 en cas de bonus et supérieur à 1 en cas de malus.

- **Qu'en est-il de l'utilisation professionnelle du véhicule ?**

Certaines personnes comme les représentants, les médecins, les infirmières, etc., utilisent leur véhicule à des fins professionnelles. Assurées pour un usage « tournées » ou « tous déplacements » défini contractuellement, elles bénéficient d'une modulation différente du coefficient de bonus-malus :

- réduction de 7 % au lieu de 5 % par année sans accident ;
- majoration de 20 % au lieu de 25 % par accident (ou 10 % en cas de partage de responsabilité).

Le bonus

Chaque année sans sinistre engageant la responsabilité de l'assuré entraîne une réduction de 5 % du coefficient de l'année précédente. Pour calculer le nouveau coefficient, il suffit de multiplier celui de l'année précédente par 0,95. Le maximum est fixé à 0,50, ce qui correspond à un bonus de 50 %.

Coefficient précédent	Une année sans accident	Nouveau coefficient
1	x 0,95	0,95
0,80	x 0,95	0,76
1,30	x 0,95	1,23*

*Coefficient arrêté arrondi par défaut à la deuxième décimale.

Le malus

Pour l'application du malus, l'assureur prend en compte les sinistres qui ont eu lieu au cours des douze derniers mois consécutifs précédant de deux mois la date d'échéance annuelle du contrat. Ainsi, pour un contrat venant à échéance le 1er octobre, il s'agit des sinistres survenus entre le 1er août de l'année précédente et le 31 juillet de l'année en cours.

Tout accident dont l'assuré est totalement responsable entraîne une majoration de 25 % du coefficient précédemment appliqué. On obtient le nouveau coefficient en multipliant le précédent par 1,25. Si un automobiliste provoque plusieurs accidents au cours de la même année, le coefficient de son bonus ou de son malus est multiplié par 1,25 autant de fois qu'il y a eu d'accidents, sans pouvoir excéder 3,50.

Aucune majoration n'est toutefois appliquée à la suite du premier accident responsable survenu si l'automobiliste a bénéficié d'un bonus de 50 % pendant au moins trois ans.

Aucun malus n'est appliqué si l'accident est imputable à un cas de force majeure, à la victime accidentée ou à un tiers. Il en va de même en cas d'accident provoqué par un voleur ou par une personne qui conduit le véhicule à l'insu de son propriétaire ou de l'un des conducteurs désignés au contrat. En revanche, les événements qui ne sont pas assimilés à des cas de force majeure donnent lieu à l'application d'un malus.

Coefficient précédent	Un accident dans l'année	Nouveau coefficient
1	x 1,25	1,25
0,80	x 1,25	1
1,30	x 1,25	1,62 *

Coefficient précédent	Trois accidents dans l'année	Nouveau coefficient
0,80	x 1,25 x 1,25 x 1,25	1,56 *
1,30	x 1,25 x 1,25 x 1,25	2,53

*Coefficient arrêté arrondi par défaut à la deuxième décimale.

En cas de partage de responsabilité et quel que soit le pourcentage de responsabilité retenu, on réduit la majoration de moitié (12,5 % au lieu de 25 %). Le coefficient de l'année précédente est alors multiplié par 1,125.

Coefficient précédent	Responsabilité partagée	Nouveau coefficient
1	x 1,125	1,12*
0,80	x 1,125	0,90
1,30	x 1,125	1,46

**Coefficient arrêté arrondi par défaut à la deuxième décimale.*

Le malus (c'est-à-dire tout coefficient supérieur à 1) disparaît après deux années d'assurance consécutives sans accident. Ainsi, un automobiliste qui avait un malus égal à 1,40 au moment de l'échéance annuelle du 1er mars 2019 le verra annulé à l'échéance du 1er mars 2021 s'il n'a provoqué aucun accident en 2019 et 2020 (son coefficient de bonus-malus sera alors égal à 1).

L'information de l'assuré

L'avis d'échéance ou l'appel de cotisation délivré par l'assureur doit indiquer le coefficient de bonus ou de malus ainsi que le montant de la cotisation de base. De plus, l'assureur doit remettre au souscripteur un relevé d'informations comportant notamment :

- la date de souscription du contrat ;
- le numéro d'immatriculation du véhicule ;
- les nom, prénoms, date de naissance, numéro et date de délivrance du permis de conduire du souscripteur (et de chaque conducteur désigné dans le contrat) ;
- le nombre, la nature, la date des sinistres survenus au cours des cinq périodes annuelles qui précèdent l'établissement du relevé d'informations, le nom des conducteurs responsables et leur part de responsabilité ;
- le coefficient de réduction-majoration appliqué à la dernière

échéance annuelle ;

– la date à laquelle les informations ci-dessus ont été arrêtées. Ce relevé est délivré par l'assureur en cas de résiliation du contrat et dans les quinze jours à compter d'une demande expresse du souscripteur.

Cette disposition ne s'applique pas aux véhicules, appareils ou matériels définis à l'article R. 311-1 du Code de la route (cyclomoteur, quadricycle lourd à moteur, véhicule de collection...).

- **Bonus-malus : quelles sont les situations particulières ?**

Le changement de véhicule : que devient le bonus (ou le malus) ?

Le bonus ou le malus est automatiquement transféré à condition que les conducteurs demeurent les mêmes que ceux désignés au précédent contrat. Cette règle s'applique à tous les véhicules soumis à la clause type relative à l'application du bonus-malus. L'assuré qui vend sa voiture pour acheter une moto de plus de 80 cm³ retrouve pour l'assurance de cette dernière le taux de bonus-malus qu'il avait pour sa voiture.

L'achat d'un véhicule supplémentaire

L'assureur transfère sur ce nouveau véhicule la réduction ou la majoration dans les mêmes conditions que ci-dessus. Cette règle s'applique aux véhicules nouvellement garantis par l'assuré. Si l'assuré disposait déjà de plusieurs véhicules affectés de coefficients différents, c'est le coefficient moyen qui sera appliqué au véhicule supplémentaire.

Le changement d'assurance : que devient le bonus (ou le malus) ?

Quand on change de société d'assurances, le nouvel assureur calcule le coefficient applicable à la première cotisation en tenant compte du précédent bonus-malus et des accidents qui se sont produits entre la dernière échéance du précédent contrat et la souscription du nouveau.

La suspension du contrat

Si le contrat est suspendu à la suite d'un changement de véhicule, d'une maladie, d'un départ à l'étranger, par exemple, le taux de réduction ou de majoration reste acquis à l'assuré pour un temps limité. De plus, une nouvelle réduction (augmentation du bonus) n'est appliquée que si l'interruption du contrat ne dure pas plus de trois mois.

L'assurance automobile / Assurance automobile et reconnaissance de son bonus français à l'étranger

- **Comment faire reconnaître son bonus français à l'étranger ?**

Un déménagement de la France à l'étranger implique un certain nombre de démarches administratives pour le véhicule d'un client : il doit procéder à son immatriculation dans son nouveau pays de résidence et changer d'assurance automobile.

Si son véhicule peut conserver une immatriculation française, ceci ne le concerne pas. Il peut en effet garder son assurance automobile française.

Les entreprises d'assurances ne peuvent pas assurer un véhicule doté d'une plaque d'immatriculation étrangère. Il lui faut donc résilier son contrat d'assurance en France pour cause de déménagement (prévue à l'article L.113-16 du code des assurances) et souscrire un nouveau contrat dans le pays dans lequel son véhicule est immatriculé.

Lors de la résiliation de son contrat auprès de son assureur en France, il peut lui demander un relevé d'informations en anglais si possible, qu'il fera parvenir à son nouvel assureur.

Ce relevé contient un certain nombre d'informations. Il détaille notamment tous les sinistres survenus durant les 5 dernières années, en mentionnant la part de responsabilité retenue. Il fait également apparaître un Coefficient de Réduction Majoration (CRM), communément appelé «bonus» ou «malus» qui tient compte de l'ensemble de son historique de conduite, c'est-à-dire allant au-delà des 5 dernières années.

L'assureur de son nouveau pays de résidence est généralement libre de reconstituer, en fonction de sa propre analyse du risque, le bonus qu'il lui accorde selon sa politique tarifaire.

Certains assureurs étrangers peuvent ne pas disposer du tout de système de bonus-malus.

- **Explication illustré du système français de bonus-malus**



- **Exemple illustrant l'évolution du coefficient.**



Exemple d'évolution du coefficient

L'année N, mon coefficient est de 0,60. Cette même année, j'ai un accident responsable :
 $CRM\ N+1 = 0,60 \times 1,25 = 0,75$

Je n'ai pas d'accident responsable ou partiellement responsable durant l'année N+1 :
 $CRM\ N+2 = 0,75 \times 0,95 = 0,71^*$

*Coefficient arrondi par défaut à la deuxième décimale

Tableau illustratif d'évolution sans aucun accident responsable

Nombre d'années sans accident responsable	CRM
0	1,00
1	0,95
2	0,90
3	0,85
4	0,80
5	0,76
6	0,72
7	0,68
8	0,64
9	0,60
10	0,57
11	0,54
12	0,51
13	0,50
14	0,50 depuis 1 an
15	0,50 depuis 2 ans
16	0,50 depuis 3 ans

Ce tableau a une vocation illustrative. Il s'agit ici d'un exemple pour un conducteur s'assurant avec un coefficient à 1,00 et n'ayant aucun accident responsable pendant 16 ans.

L'assurance automobile / Actualité : Précision sur l'assurance automobile au sein de l'Union Européenne

- **La position de la Cour de Justice de l'Union Européenne**

Le droit de l'Union s'oppose à une disposition d'un État membre en vertu de laquelle l'assurance obligatoire de la responsabilité civile résultant de la circulation des véhicules automoteurs ne couvre à titre obligatoire les dommages constitués par les frais de remorquage du véhicule endommagé que dans la mesure où ce remorquage a lieu sur le territoire de cet État.

La Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) vient de rendre, coup sur coup, deux arrêts interprétant l'article 3 de la directive 2009/103/CE du Parlement européen et du Conseil, du 16 septembre 2009, concernant l'assurance de la responsabilité civile résultant de la circulation de véhicules automoteurs.

Dans un premier arrêt, rendu le 29 avril 2021 (aff. C-383/19), la CJUE a précisé que l'article 3, alinéa 1, de la directive « doit être interprété en ce sens que la conclusion d'un contrat d'assurance de la responsabilité civile relative à la circulation d'un véhicule automoteur est obligatoire lorsque le véhicule concerné est immatriculé dans un État membre, dès lors que ce véhicule n'a pas été régulièrement retiré de la circulation conformément à la réglementation nationale applicable ». La Cour de Luxembourg avait déjà jugé, trois ans auparavant, qu'un véhicule apte à circuler et non retiré officiellement de la circulation doit néanmoins être couvert par une assurance responsabilité civile automobile même si son propriétaire, qui n'a plus l'intention de le conduire, a choisi de le stationner sur un terrain privé.

Dans un autre arrêt du 20 mai 2021, la demande de décision préjudicielle était présentée dans le cadre d'un litige opposant le propriétaire d'un véhicule à l'assureur du conducteur responsable au sujet d'une demande de remboursement des frais de

stationnement en Lettonie et de remorquage vers la Pologne d'un véhicule et d'une semi-remorque endommagés à la suite d'un accident de la circulation survenu en Lettonie (aff. C-707/19).

• Les faits

Précisément, le 30 octobre 2014, un accident de la circulation est survenu dans une ville de Lettonie, au cours duquel un véhicule et sa semi-remorque, immatriculés en Pologne, ont été endommagés. Le véhicule et la semi-remorque ont, en raison des dommages subis, été évacués vers un parking aux fins de stationnement puis remorqués vers la Pologne. Les frais de stationnement en Lettonie se sont élevés à environ 1 292 € et les frais de remorquage vers la Pologne à environ 7 054 €.

À la suite d'une demande de remboursement introduite par le propriétaire du véhicule, la compagnie d'assurances garantissant la responsabilité civile de l'auteur de l'accident, lui a versé une indemnité d'environ 964 € au titre des frais de remorquage en Lettonie. En revanche, l'assureur a refusé de verser toute indemnité au titre des frais de stationnement en Lettonie et de remorquage en dehors du territoire letton. Le 23 janvier 2017, le propriétaire a saisi le tribunal d'arrondissement de ód (Pologne) d'un recours aux fins de voir condamner l'assureur à lui payer, avec intérêts de retard, la somme totale d'environ 6 124 € au titre des frais de remorquage en dehors du territoire letton et la somme d'environ 1 292 € au titre des frais de stationnement en Lettonie.

Dans ces circonstances, le tribunal d'arrondissement de ód a décidé de surseoir à statuer et de poser à la Cour deux questions préjudiciales :

– En premier lieu, l'article 3 de la directive [2009/103] doit-il être interprété en ce sens que, dans le cadre de « toutes les mesures appropriées », chaque État membre doit veiller à ce que l'assurance de responsabilité civile concernant les accidents de la circulation couvre l'intégralité des dommages, y compris les conséquences du sinistre tenant aux besoins de remorquer le véhicule de la victime vers le pays d'origine de celle-ci et les frais liés à la nécessité de

stationner les véhicules ?

– En second lieu, en cas de réponse affirmative à cette question, la législation des États membres peut-elle limiter, d'une quelconque manière, cette garantie ?

Avant de répondre à ces questions, la CJUE a rappelé le droit de l'Union. Les considérants 2 et 20 de la directive 2009/103/CE énoncent que « l'assurance de la responsabilité civile résultant de la circulation des véhicules automoteurs (l'assurance automobile) revêt une importance particulière pour les citoyens européens, qu'ils soient preneurs d'assurance ou victimes d'un accident. Elle présente aussi une importance majeure pour les entreprises d'assurances, puisqu'elle représente une grande partie des contrats d'assurance non-vie conclus dans l'Union européenne. L'assurance automobile a, par ailleurs, une incidence sur la libre circulation des personnes et des véhicules. Le renforcement et la consolidation du marché intérieur de l'assurance automobile devraient donc représenter un objectif fondamental de l'action de l'Union dans le domaine des services financiers. [...] Il y a lieu de garantir aux victimes d'accidents de la circulation automobile un traitement comparable, quels que soient les endroits de l'Union où les accidents se sont produits ».

En outre, l'article 3 de cette directive, intitulé « Obligation d'assurance des véhicules », dispose que « Chaque État membre prend toutes les mesures appropriées, sous réserve de l'application de l'article 5, pour que la responsabilité civile relative à la circulation des véhicules ayant leur stationnement habituel sur son territoire soit couverte par une assurance. Les dommages couverts ainsi que les modalités de cette assurance sont déterminés dans le cadre des mesures visées au premier alinéa. Chaque État membre prend toutes les mesures appropriées pour que le contrat d'assurance couvre également : les dommages causés sur le territoire des autres États membres selon les législations en vigueur dans ces États ; [...] L'assurance visée au premier alinéa couvre obligatoirement les dommages matériels et les dommages corporels ».

• Décision de la CJUE

La CJUE a, tout d'abord, jugé que cet article 3 doit être interprété en ce sens qu'il « s'oppose à une disposition d'un État membre en vertu de laquelle l'assurance obligatoire de la responsabilité civile résultant de la circulation des véhicules automoteurs ne couvre à titre obligatoire les dommages constitués par les frais de remorquage du véhicule endommagé que dans la mesure où ce remorquage a lieu sur le territoire de cet État membre. Cette constatation est sans préjudice du droit dudit État membre de limiter, sans recourir à des critères tenant à son territoire, le remboursement des frais de remorquage ».

La CJUE a, ensuite, décidé que cet article 3 « ne s'oppose pas à une disposition d'un État membre selon laquelle cette assurance ne couvre à titre obligatoire les dommages constitués par les frais de stationnement du véhicule endommagé que si le stationnement était nécessaire dans le cadre d'une enquête dans une procédure pénale ou pour toute autre raison, à la condition que cette limitation de couverture s'applique sans différence de traitement en fonction de l'État membre de résidence du propriétaire ou du détenteur du véhicule endommagé » (aff. C-707/19).

La décision s'inscrit dans la continuité de la politique législative et jurisprudentielle de l'Union tendant à assurer la protection accrue des victimes d'accidents causés par les véhicules automoteurs (v. en ce sens, CJUE 4 sept. 2018, Juliana, aff. C-80/17, EU:C:2018:661, pt 47, préc.), l'assurance de la responsabilité civile automobile facilitant « la libre circulation des personnes et des véhicules ». La Cour veille à garantir un traitement comparable des victimes des accidents causés par ces véhicules, quels que soient les endroits de l'Union où les accidents se sont produits (CJUE 23 oct. 2012, Marques Almeida, aff. C-300/10, EU:C:2012:656, pt 26 ; 20 juin 2019, Línea Directa Aseguradora, aff. C-100/18, EU:C:2019:517, pt 33, D. 2019. 1336; RTD eur. 2020. 404, obs. L. Grard), ce que rappelle la décision du 20 mai 2021 une nouvelle fois.

L'étendue de l'obligation d'assurance en droit interne français, prévue à l'article L. 211-4 du code des assurances et imposant à l'assureur d'accorder les règles de couverture les plus favorables, ne devrait pas contrarier ce mouvement, malgré l'échec de l'harmonisation européenne du droit du contrat d'assurance automobile. À ce titre, en contrepartie du paiement d'une prime unique, l'assureur doit prendre en charge le risque de l'indemnisation des victimes d'un éventuel accident impliquant un véhicule, et ce quel que soit l'Etat membre sur le territoire duquel ce véhicule est utilisé et où cet accident se produit (CJUE 26 mars 2015, aff. C-556/13, RCA 2015. Étude 8, obs. N. Ciron).

En outre, « le responsable de l'accident va bénéficier de la garantie la plus étendue, soit celle du lieu de l'accident, soit celle figurant dans le contrat d'assurance qu'il a souscrit ». La doctrine souligne cependant que « la jurisprudence accorde une importance excessive à cette disposition. En effet, cette dernière a été prévue pour que les victimes bénéficient de la meilleure des garanties, celle du lieu de survenance de l'accident ou celle bénéficiant au responsable par le contrat qu'il a souscrit. Or, la jurisprudence considère également que l'on doit apprécier les conditions de garanties au regard de la législation étrangère ».

En définitive, la CJUE tente de maintenir un subtil équilibre, acceptant que le champ de l'obligation d'assurance automobile soit limité à condition qu'il n'en résulte aucune discrimination.

L'assurance automobile / Vocabulaire de l'assurance

• Vocabulaire de l'assurance

Indexation : Evolution des primes et des garanties d'un contrat en fonction d'un indice déterminé contractuellement, en vue de pallier les effets de l'inflation

Exclusion : Ce qui n'est pas garanti par le contrat d'assurance. Tous les contrats comportent des exclusions. Elles figurent en caractère très apparents dans les dispositions générales ou spéciales de la police d'assurance.

Subrogation : Droit reconnu à l'assureur, par l'article L121-12 du code des assurances, à se substituer à l'assuré, lorsqu'il a indemnisé ce dernier, pour exercer les droits de recours que possède l'assuré à l'encontre d'un tiers responsable. Après avoir réglé les dommages de son client, victime d'un sinistre causé par un tiers, l'assureur est en droit d'exercer contre le responsable un recours visant à récupérer le montant de l'indemnité versée à son assuré.

On dit que l'assureur est « subrogé dans les droits et actions de l'assuré »

Déchéance : Perte du droit à obtenir une indemnisation prévue dans le contrat.

Exemple : Il peut y avoir déchéance lorsque l'assuré n'a pas respecté les obligations prévues par le contrat après un sinistre (qu'il a déclaré trop tard et que, de ce fait, l'assureur a subi un préjudice).

Accident : Tout événement soudain, involontaire, imprévu et extérieur qui entraîne des dommages corporels, matériels ou immatériels.

Bénéficiaire : Personne qui reçoit l'indemnité ou le capital versé par l'assureur.

Ce mot est surtout utilisé pour les assurances sur la vie. Pour les autres assurances celui qui reçoit l'indemnité est soit l'assuré, soit la « victime » (en assurance de responsabilité civile).

En assurance de chose (assurance des biens) toute personne est en droit de souscrire un contrat destiné à assurer un bien ne lui appartenant pas, en agissant expressément pour le compte du propriétaire du bien à garantir. Cette faculté permise par l'article L112-1 du code des assurances est également prévue au titre de la stipulation pour autrui prévue à l'article 1121 du code civil.

Réassurance : La réassurance est une opération par laquelle une société d'assurance (la cédante) s'assure elle-même pour une partie des risques qu'elle a pris en charge, auprès d'une autre société (le réassureur ou le cessionnaire).

Le traité de réassurance est l'écrit qui matérialise le contrat de réassurance et fixe les engagements de chaque partie.

Coassurance : C'est le partage proportionnel, au sein d'un seul contrat, d'un risque entre plusieurs assureurs, chacun prenant un pourcentage du risque appelé « quote-part » : en échange de ce pourcentage des règlements de sinistres.

Apériteur : L'apériteur est l'assureur qui gère la coassurance pour compte commun (établir le contrat, encaisser les primes et instruire les dossiers de sinistres puis les payer).

Les multirisques standards

- **Quelles assurances existent pour couvrir les évènements naturels ?**

Les phénomènes météorologiques déploient une violence accrue d'année en année : inondations, tempêtes, sécheresse... Face à ces situations à l'origine de désordres souvent très importants, on constate une méconnaissance des conditions d'indemnisation des dommages subis.

Les évènements naturels (terminologie assurantielle pour qualifier les phénomènes météorologiques) peuvent être à l'origine de dommages aux biens meubles et immeubles (toiture emportée par une tempête, matériel endommagé lors d'une inondation, par exemple) ou aux personnes, mais aussi de dommages aux tiers (chute de tuiles sur des véhicules en stationnement, d'un arbre sur la maison du voisin...).

La notion d'événement naturel correspond à l'action des forces de la nature.

Ils sont classés en trois catégories :

- les catastrophes naturelles ;
- les tempêtes – ouragans – cyclones ;
- les autres évènements naturels.

- **Qu'entend-on par catastrophes naturelles ?**

Cette dénomination correspond aux phénomènes ayant pour cause « l'intensité anormale d'un agent naturel » selon la loi 82-600. C'est moins la gravité des conséquences dommageables d'un événement qui en détermine le caractère catastrophique, que son caractère exceptionnel, imprévisible et irrésistible.

La loi impose la garantie des catastrophes naturelles dans les contrats couvrant des dommages aux biens (logements d'habitation, usines, machines, garantie « tierce collision » ou « tous accidents » pour les véhicules...etc.). Cette assurance est

obligatoire. Elle ne couvre pas les dommages immatériels mais elle prend en charge les pertes d'exploitation lorsque l'assuré bénéficie d'une garantie de ce type.

Sont exclus du régime des catastrophes naturelles certains événements dont le législateur a rendu l'assurance obligatoire. Il s'agit des tempêtes, ouragans, cyclones.

Les franchises applicables à ces événements sont définies par le législateur.

Attention : tous les événements naturels ne sont pas couverts par l'assurance des catastrophes naturelles.

Le risque « catastrophes naturelles » est alimenté par une cotisation fixée par l'Etat, dont le taux s'applique sur le montant de la prime correspondant aux garanties « dommages » du contrat d'assurance.

La cotisation du risque tempête est à l'appréciation des compagnies.

• Exemple de catastrophes naturelles

Pour les biens situés en France, la loi 90-159 impose aux assureurs de délivrer une garantie spécifique « tempêtes, ouragans, cyclones » dans les contrats comportant une garantie de dommages incendie (assurances multirisque habitation ou automobile). Cette garantie couvre notamment les effets du vent sur les biens couverts par le contrat. Les conditions de garantie sont celles qui s'appliquent au risque incendie.

Certains ouvrages ou parties d'ouvrages, peuvent cependant être expressément exclus, tels que les bâtiments non entièrement clos et couverts, les murs de clôture, les stores, antennes, volets, auvents...

La garantie tempête est déclenchée, en fonction de la zone géographique concernée, selon le critère d'intensité du vent enregistrée à la station météo la plus proche. Il peut s'y ajouter celui de l'importance des dégâts causés aux alentours du lieu du sinistre.

- **Quels sont les autres évènements naturels ?**

Certains évènements naturels relèvent des garanties d'assurance traditionnelles de « dommages aux biens » (foudre, par exemple), car ils sont considérés généralement comme non catastrophiques (vents non tempétueux, crues n'atteignant pas les seuils d'alerte, foudre, etc.).

Pour pouvoir bénéficier de garanties d'assurance, ces évènements doivent être expressément prévus par la police d'assurance couvrant le bien endommagé. A l'heure actuelle les assurances multirisques couvrent en principe notamment les effets de la chute directe de la foudre sur les biens assurés et les conséquences du poids de la neige sur les toitures.

- **Que conseiller à un assuré ?**

Avant l'achat ou la construction d'un bien immobilier, il convient de vérifier l'existence d'un plan de prévention des risques dans la commune, surtout si celle-ci a déjà fait l'objet d'un arrêté de catastrophe naturelle.

Les garanties « tempêtes, ouragans, cyclones » et « catastrophes naturelles » ne couvrent que les dommages aux biens, jamais le préjudice corporel des personnes.

La mise en œuvre de la garantie nécessite la parution au Journal officiel d'un arrêté interministériel constatant l'état de catastrophe naturelle de l'évènement : la zone sinistrée, la période couverte et la nature de l'événement (exemple : coulée de boue, survenue le... sur la commune de...).

Attention : un bien couvert seulement pour le risque de « responsabilité » (par exemple, la seule garantie automobile obligatoire) ne peut en bénéficier.

Les conditions de garantie sont celles qui s'appliquent au risque incendie.

- **Intempéries : comment fonctionne le régime des catastrophes naturelles ?**

Le régime est encadré par la loi du 13 juillet 1982 (articles L 125-1 à L 125-6 du Code des assurances). La garantie des catastrophes naturelles est une extension obligatoire sur tous les contrats d'assurance de dommages (multirisque habitation, tous risques auto, local professionnel...) à l'exception des contrats d'assurance des bateaux.

La garantie s'applique en France métropolitaine, dans les départements d'outre-mer, et sur les territoires de Wallis et Futuna. La loi exclut du régime légal des catastrophes naturelles les biens situés et les activités exercées dans les principautés d'Andorre et de Monaco ainsi que dans les régions et les collectivités d'outre-mer (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Terres australes et antarctiques).

- **Comment la garantie est-elle mise en œuvre ?**

La prise en charge des dommages est soumise à un préalable : la reconnaissance de l'intensité anormale d'un agent naturel (reconnaissance de l'état de catastrophe naturelle).

Cette reconnaissance est officialisée par un arrêté interministériel publié au Journal officiel. L'arrêté délimite les zones touchées, les périodes de l'évènement, la nature des dommages.

Les évènements couverts sont donc les suivants :

L'article L 125-1 du Code des assurances indique que la circonstance à l'origine des dommages doit être caractérisée par l'intensité anormale d'un agent naturel, principalement :

- inondations (inondations et coulées de boue, inondations par remontée de nappe, submersion marine) ;
- sécheresse ;
- mouvements de terrain ;
- cyclones et ouragans (vents cycloniques de vitesse supérieure à 145 km/h en moyenne sur 10 min ou 215 km/h en rafales) ;

- séismes ;
- avalanches ;
- volcanisme ;
- tsunamis.

• Quels dommages sont pris en charge ?

L'article L 125-1 du Code des assurances indique que la garantie prend en charge les « dommages matériels directs ... ».

Il s'agit des dommages causés aux biens assurés, à la condition que ces derniers soient couverts par le contrat d'assurance. On relève notamment :

- les dommages matériels directs aux bâtiments, au matériel et au mobilier ;
- les frais de démolition et de déblais des biens assurés sinistrés ;
- les dommages imputables à l'humidité ou à la condensation consécutive à la stagnation de l'eau dans les locaux ;
- les frais de pompage, de nettoyage et de désinfection des locaux sinistrés et toute mesure de sauvetage ;
- les frais d'études géotechniques nécessaires à la remise en état des biens garantis ;
- les véhicules assurés en dommages.

Les pertes d'exploitation consécutives à ces dommages sont également couvertes, lorsque cette garantie est souscrite.

Attention : lorsque le bien est construit sur une zone déclarée inconstructible par un Plan de Prévention des Risques Naturels (PPRN), l'assureur n'a pas l'obligation de couvrir les dommages résultant d'une catastrophe naturelle. Pour les biens situés sur une zone déclarée inconstructible postérieurement à leur construction, le plan de prévention peut exiger la mise en œuvre de travaux de prévention. Si ceux-ci ne sont pas réalisés dans un délai de 5 ans après la mise en place du PPRN, l'assureur n'a plus l'obligation de couvrir les dommages causés par une catastrophe naturelle.

• Dans quelle mesure a lieu l'indemnisation ?

Dès qu'il en a connaissance, et au plus tard dans les 10 jours qui suivent la publication de l'arrêté interministériel constatant l'état de catastrophe naturelle, l'assuré doit déclarer à l'assureur, ou à son représentant local, tout sinistre susceptible de faire jouer la garantie. Ce délai est porté à 30 jours pour les pertes d'exploitation.

Une franchise légale reste à la charge de l'assuré :

- pour les biens à usage d'habitation et non professionnel : 380 euros ;
- pour les biens à usage professionnel : le montant de la franchise est égal à 10 % des dommages matériels directs avec un minimum de 1 140 euros ;
- 1 500 euros pour les dommages matériels directs consécutifs aux mouvements de terrain différentiels consécutifs à la sécheresse et/ou à la réhydratation des sols ;
- franchise équivalente à 3 jours ouvrés (minimum 1 140 euros) pour les pertes d'exploitation.

Attention : en cas de sinistres répétitifs et lorsque la commune n'est pas dotée d'un PPRN, la franchise est modulée en fonction du nombre de constatations de l'état de catastrophe naturelle intervenues, pour le même risque, au cours des 5 années précédant la date de la nouvelle constatation. Elle est doublée au troisième arrêté constatant la catastrophe, triplée au quatrième et quadruplée pour les arrêtés suivants. Cette règle ne concerne pas les véhicules terrestres à moteur.

L'assureur doit verser l'indemnité dans un délai de 3 mois à compter de la remise par l'assuré de l'état estimatif des biens endommagés ou des pertes subies, ou de la date de publication lorsque cette dernière est postérieure à la décision constatant l'état de catastrophe naturelle. À défaut, et sauf cas fortuit ou de force majeure, l'indemnité due par l'assureur porte, à compter de l'expiration de ce délai, intérêt au taux de l'intérêt légal.

- **Les cas particuliers des tempêtes, ouragans et cyclones**

Les personnes physiques ou morales assurées contre les dommages d'incendie ou tous autres dommages pour leur habitation, leur entreprise, leur véhicule..., bénéficient obligatoirement de la garantie tempête.

Cette garantie, ainsi que les évènements couverts, sont définis par l'article L 122-7 du Code des assurances. Cet article indique que les contrats d'assurance garantissant les « dommages d'incendie ou tous autres dommages à des biens situés en France, ainsi que les dommages aux corps de véhicules terrestres à moteur, ouvrent droit à la garantie de l'assuré contre les effets du vent dû aux tempêtes, ouragans et cyclones, sur les biens faisant l'objet de tels contrats, sauf en ce qui concerne les effets du vent dû à un évènement cyclonique pour lequel les vents maximaux de surface enregistrés ou estimés sur la zone sinistrée ont atteint ou dépassé 145 km/h en moyenne sur 10 mn ou 215 km/h en rafales, qui relèvent des dispositions de l'article L 125-1 du Code des assurances ...»

Si l'assuré est couvert contre les pertes d'exploitation, la garantie est étendue aux tempêtes, ouragans ou cyclones.

- **La neige s'est accumulée cette nuit sur le toit et ma toiture s'est effondrée. Est-ce que je suis également assuré ?**

Si la garantie légale ne couvre que les évènements tempête, ouragan et cyclone, les assureurs garantissent généralement les dommages liés à la grêle et au poids de la neige en complément. Sont ainsi couverts :

- l'action directe du vent ou du choc d'un corps renversé ou projeté par le vent ;
- le poids de la neige ou de la glace accumulée sur les toitures ;
- la grêle.

- **Il va donc falloir engager de gros travaux de réparation. Mais avant, je dois sécuriser les alentours en clôturant un périmètre. Les frais engagés pour cela seront-ils pris en charge ?**

Sont couverts les dommages aux bâtiments, au contenu (matériel, équipements, marchandises...) et la prise en charge des frais annexes aux dommages matériels directs (frais de clôtures provisoires, frais de mise en conformité, frais de reconstitution d'archives, frais de réinstallation provisoire, frais et honoraires d'experts tels qu'ils sont prévus par votre contrat ...).

La garantie tempête couvre également les dommages causés par la pluie à l'intérieur des bâtiments, lorsqu'ils surviennent dans les soixante-douze heures suivant la survenance des dommages matériels aux bâtiments.

Les modalités d'indemnisation et le montant de la franchise sont fixés par le contrat.

- **La loi Spinetta**

L'essentiel résulte de la loi n° 78-12 du 4 janvier 1978 dite loi SPINETTA applicable aux chantiers ouverts au 1er janvier 1979. Elle a été complétée par une ordonnance du 8 juin 2005.

La loi SPINETTA a instauré un régime de garantie axé sur une distinction entre les dommages relevant de la fonction « construction » et ceux relevant de la fonction « équipement » de l'immeuble.

Les ouvrages constitutifs sont des ouvrages qui, par leur rôle, concourent aux fonctions de viabilité, de fondation, de structure, de clos et de couvert.

Les éléments d'équipement se définissent par la fonction qu'ils occupent dans l'opération de construction ; ils peuvent concerner la fonction d'équipement à usage extérieur ou intérieur.

Il résulte du régime SPINETTA, toujours en vigueur, que la garantie décennale s'applique dans trois séries d'hypothèses de dommages matériels à l'ouvrage construit :

– lorsque le dommage compromet la solidité de l'ouvrage (C.civil,

art. 1792);

- lorsque le dommage affectant l'un des éléments constitutifs de l'ouvrage ou l'un de ses éléments d'équipement le rend impropre à sa destination (C.civil, art. 1792);
- enfin, lorsque le dommage affecte la solidité d'un élément d'équipement indissociable des ouvrages de viabilité, de fondation, de clos et de couvert (C.civil, art. 1792-2).

Le vice de construction ou d'équipement doit, en pratique, revêtir un certain degré de gravité pour pouvoir entraîner une impropriété à destination de l'ouvrage mais ce degré de gravité est sans commune mesure avec l'importance de la gravité exigée pour l'atteinte à la solidité, laquelle met l'ouvrage en péril.

On passe, en tout état de cause, d'un critère matériel objectif (la solidité) à un critère fonctionnel (l'impropriété) qui est laissé à l'appréciation des juges du fond.

• Qu'est-ce que l'impropriété à destination ?

Le critère d'impropriété à destination doit être apprécié par rapport à l'ensemble de l'ouvrage au regard de la destination convenue à l'origine de la construction. C'est l'ouvrage dans son entier qui doit être rendu impropre et non la partie d'ouvrage ou l'élément d'équipement atteint de malfaçons.

Il n'existe pas à proprement parler de définition légale de l'impropriété à destination, critère qui permet au maître d'ouvrage de mettre en jeu la garantie décennale dont répond le constructeur de l'ouvrage. L'analyse de la jurisprudence permet de conclure à une conception extensive de cette notion avec pour conséquence une protection accrue des maîtres d'ouvrage.

A travers l'étude de la jurisprudence, on constate que l'impropriété à la destination de l'ouvrage peut être retenue, même en l'absence de dommage matériel à l'ouvrage : erreur d'implantation, non-respect des règles parasismiques...

Deux grandes catégories d'impropriété à la destination de l'ouvrage peuvent être distinguées :

- celle qui se réfère à sa dangerosité ;
- celle qui se réfère à son inaptitude.

Ce critère d'impropriété à la destination, par essence subjectif, est très protecteur des droits des acquéreurs et des maîtres d'ouvrage.

- **Si un bâtiment comporte un défaut de conformité aux règlements de sécurité, le constructeur peut-il être condamné ?**

La jurisprudence considère que le défaut de conformité de l'immeuble aux règlements de sécurité constitue un facteur de risque de perte de l'ouvrage par incendie.

Ainsi, les constructeurs peuvent être condamnés à la prise en charge du coût de la mise en place et de la maintenance d'un système d'alarme sur le fondement de la garantie décennale et ce, même en l'absence d'incendie ou de dommages physiques à l'immeuble.

D'autres exemples peuvent être cités : absence d'un dispositif d'alarme conforme aux règlements de sécurité dans un immeuble de grande hauteur, absence de sas entre l'ascenseur et l'appartement, constitutive d'une violation des règles de sécurité... La garantie décennale est mise en jeu car le risque s'est réalisé, c'est-à-dire l'incendie de l'ouvrage même si la cause de l'incendie n'avait pu être déterminée avec précision.

- **Aurélien est à la tête d'une entreprise du bâtiment. Il vient vous voir car il a entendu parler d'un contrat bris de machines et matériels de chantier. De quoi il en retourne ?**

En réalité, ce contrat « bris de machines et matériels de chantier » permet à l'entreprise de poursuivre son activité en cas de dommage accidentel subi par une machine ou un matériel de chantier et de préserver son patrimoine technique.

Il a pour objet le remplacement ou la réparation de la machine ou du matériel de chantier, en cas de dommage, bris ou destruction.

Des options sont souvent proposées. Elles couvrent les frais de location d'un engin de remplacement pendant la réparation du matériel sinistré.

- **Quels sont les machines et matériels de chantier couverts ?**

Le contrat « bris de machines et matériels de chantier » garantit :

- tout véhicule, machine ou matériel utilisé dans le cadre de l'entreprise, que cet équipement soit en activité ou au repos (grue, échafaudages, compresseurs...);
- tout élément qui peut être modifié ou installé sur un autre support (par exemple, un bras de levage posé sur un véhicule).

Les garanties sont délivrées soit pour une machine ou un matériel de chantier précisément désigné au contrat, soit par l'intermédiaire d'une formule « parcs de matériels ».

- **Quels sont les principaux évènements garantis s'interroge Aurélien ?**

Les contrats « bris de machines et matériels de chantier » couvrent, en général :

- les dommages ayant une cause interne, dus à un vice de conception ou de construction, à un incendie ou à une explosion de la machine...
- les dommages de causes externes tels que chute, renversement, tempête, chocs,...
- les erreurs humaines accidentelles comme la négligence, fausse manœuvre, malveillance...
- le vol.

En règle générale, en cas de sinistre partiel (montant des réparations inférieur à la valeur vénale de la machine), l'indemnisation porte sur les frais de réparations.

En cas de perte totale (montant des réparations supérieur à la valeur vénale de la machine), l'indemnité est calculée sur la base de

la valeur vénale de la machine, c'est-à-dire en appliquant un coefficient de vétusté.

Dans tous les cas, il est important de déclarer la bonne valeur car l'assureur peut souhaiter la valeur du catalogue, la valeur facturée, une valeur déclarée, une valeur à dire d'expert...

- **Laurence est à la tête d'une entreprise familiale spécialisée dans le bâtiment. Elle s'inquiète car elle a eu à subir de nombreux vols de métaux sur les chantiers qu'elle conduit.**

Le vol de métaux est un fléau à l'origine de bien des difficultés pour les entreprises. Les enquêtes menées à l'échelle nationale le montrent : tout ce qui est métallique se vole de plus en plus.

Le phénomène n'épargne ni les plaques d'égouts, ni les rails, ni des toitures en zinc, ni même les câbles caténaires. Bien évidemment, le vol constitue un préjudice, parfois très coûteux pour l'entreprise et les chantiers sont particulièrement sensibles car souvent accessibles.

- **Elle aimerait donc connaître les différents systèmes de prévention ?**

Différents systèmes de prévention existent, en voici les principaux : **La protection périmétrique mécanique**, qui consiste à matérialiser la limite du chantier de manière continue et résistante. Elle peut être complétée efficacement par le gardiennage du chantier.

Il faut cependant savoir que les contrats de ce type ne comportent pas d'obligation de résultat et se limitent, la plupart du temps, à des engagements de présence dissuasive.

La protection périmétrique électronique, qui peut consister en l'installation :

– d'un système de barrières invisibles constituées de détecteurs déclenchant une alarme lorsque le faisceau est rompu. Ce type

d'installation n'est pas réellement adapté aux chantiers traditionnels dans la mesure où son installation est minutieuse et le système peu « forain » ;

- d'un contrôle d'accès permettant d'authentifier les personnes en vue de les autoriser ou non à entrer sur le site et/ou le cas échéant dans des zones spécifiques. Cette technologie impose que chaque personne appelée à intervenir sur le chantier soit au préalable identifiée et enregistrée ;
- d'une détection d'intrusion qui a pour objectif de détecter l'approche, la pénétration mais aussi la présence d'un intrus sur le site du chantier ou dans des locaux terminés.

La protection du volume du chantier, qui peut être constituée :

- d'un éclairage de dissuasion ;
- d'une détection volumétrique dans des zones sensibles ou à l'ensemble du chantier ;
- d'une télésurveillance : à distance, une centrale recueille les informations transmises par les systèmes installés sur le site ;
- de vidéosurveillance qui, comme la télésurveillance, permet de surveiller un site à distance ;
- d'un système de géolocalisation permettant de connaître, à intervalle très régulier, le positionnement du bien équipé, à l'aide d'un système GPS ;
- d'un système « RFID » (Radio Frequency Identification). L'application des technologies à base de puces RFID ou NFC représente une voie nouvelle actuellement en cours de commercialisation.

• **Quel autre conseil apporter à Laurence ?**

La prévention doit être proportionnelle au risque. S'il ne fait pas de doute qu'un chantier doit être délimité et non accessible au public, l'usage des systèmes de prévention est l'affaire de professionnels. La réponse est par conséquent variable selon la situation du chantier, la nature des biens présents ou au fonctionnement même du chantier.

Lorsque le vol a lieu dans les locaux permanents, il est garanti dès

lors que les métaux étaient entreposés à l'intérieur d'un bâtiment et qu'il y a eu effraction.

En revanche, lorsque le vol a eu lieu sur un chantier, la garantie n'est acquise que si une garantie a été délivrée car elle est souvent en option voire absente du panel des garanties délivrables.

- **Quels sont les documents d'assurance à conserver ?**

A conserver toujours

- les conditions générales, les conditions particulières, les éventuels avenants de modification ;
- les doubles des correspondances engagées avec l'assureur concernant des modifications du risque (notamment, changement de véhicule) et des demandes d'extension de garantie ;
- les factures des meubles ou objets de valeur que le client possède ainsi que leurs photographies ;
- les factures d'entretien et de réparation du véhicule.

En cas d'accident corporel, conservez tous les dossiers et correspondances qui s'y rapportent : constats, expertises, certificats médicaux, factures, relevés de prestations servies par la Sécurité sociale, par votre mutuelle, par votre assureur « prévoyance » ou par tout organisme relevant du régime obligatoire.

A conserver deux ans

- les avis d'échéance et les talons de la formule de règlement utilisée (par exemple : relevé bancaire, récépissé du mandat...) ;
- le double (ou la photocopie) de la lettre demandant la résiliation d'un contrat, ainsi que l'accusé de réception correspondant.

A détruire

- le double d'une déclaration d'accident matériel dès lors que l'indemnisation a totalement eu lieu ainsi que les copies des pièces justificatives ;
- l'ancienne attestation d'assurance (carte verte) de la voiture, lorsque la nouvelle a été reçue.

- **Que doit contenir l'attestation d'assurance ?**

L'attestation d'assurance précise les caractéristiques essentielles du contrat souscrit et des garanties apportées par l'assureur. Elle informe les tiers et les clients. Elle apporte une présomption simple d'assurance au tiers qui la sollicite mais nullement une certitude sur l'application des garanties, qui dépendent toujours du contenu du contrat.

Néanmoins, certaines attestations peuvent se voir imposer un formalisme constraint, comme l'attestation d'assurance de responsabilité civile décennale obligatoire.

- **Quelles sont au minimum les mentions d'une attestation d'assurance ?**

Une attestation doit comporter a minima les mentions suivantes :

– **l'identité de l'émetteur** : c'est la mutuelle ou la société d'assurance, ou son mandataire dûment agréé.

Lorsque l'attestation émane d'un assureur, celle-ci est imprimée sur du papier à entête de la société d'assurance. Si l'attestation est imprimée sur le papier à en-tête d'un courtier, vérifiez le mandat de représentation du courtier et l'existence des mentions identifiant l'assureur sur l'attestation ; s'il s'agit d'un agent général, il est présumé avoir un mandat de la compagnie d'assurance qu'il représente.

Attention : un courtier est généralement le représentant de l'assuré et non de l'assureur (contrairement à l'agent général). Toutefois, certains accords existent entre assureurs et courtiers afin de permettre à ces derniers d'engager les assureurs par la signature d'une attestation d'assurance. Il suffit que le courtier dispose d'un mandat précis sur ce point (signature des attestations ou d'engagement de l'assureur) et que les mentions identifiant l'assureur soient explicitement indiquées sur l'attestation. C'est un point à bien vérifier ;

– **les coordonnées de l'émetteur doivent figurer sur l'attestation** : adresse, siège social, capital social, inscription au

RCS, n° Siren ou Siret.

Si c'est un agent ou un courtier qui l'émet, le numéro d'inscription à l'Orias (register unique des intermédiaires en assurance, banque et finance) doit y figurer également ; par ailleurs, il est également nécessaire de retrouver sur l'attestation l'identité et les coordonnées de l'assureur qui apporte les garanties ;

- **l'identification de l'assuré** : elle mentionne le nom, l'adresse, le numéro de Siren du souscripteur et/ou de l'assuré du contrat et le numéro du contrat d'assurance ;
- **la signature** : le cachet de l'entité signataire doit être apposé ;
- **la période de validité de l'attestation** : elle permet d'identifier la période pendant laquelle l'assuré est garanti, ce qui est essentiel ;
- **les activités/missions garanties** : ce sont, le plus souvent, celles référencées par la nomenclature FFSA et/ou les nomenclatures Qualibat, Qualifelec, QUALI'ENR, FNTP, OPQIBI, OPQTECC etc. Parfois, il peut s'agir d'un référentiel propre à l'assureur. Dans tous les cas, les activités/missions doivent être clairement détaillées ;
- **la date et le lieu de délivrance du document.**

Rappel : l'attestation ne doit pas être établie « sous réserve du paiement de la cotisation d'assurance ». Néanmoins, si une mise en demeure a été adressée à l'assuré pour non-paiement de la cotisation au moment de la délivrance de l'attestation, il convient de le préciser avec le rappel des sanctions (suspension de garantie puis résiliation).

Attention : Un dommage, résultant d'une activité exercée et ne figurant pas sur l'attestation ne sera pas garanti par l'assureur.

- **Jean-François a subi un vol sur le chantier dont il est responsable. Il est un peu perdu dans ses démarches et ne sait même plus qui est son assureur ou son courtier ! De plus, il se demande ce qui, parmi les objets de chantier dérobés, pourra lui être indemnisé.**

Tout d'abord, Jean-François doit se reporter à son attestation d'assurance.

Une attestation d'assurance doit toujours comporter l'identité de

l'émetteur : c'est la mutuelle ou la société d'assurance, ou son mandataire dûment agréé. Si Jean-François est passé par un courtier, il faut vérifier le mandat de représentation du courtier et l'existence des mentions identifiant l'assureur sur l'attestation ; s'il s'agit d'un agent général, il est présumé avoir un mandat de la compagnie d'assurance qu'il représente.

Ensuite, nous conseillons à Jean-François de préparer les photographies et toutes les factures qu'il a pu conserver des objets dérobés.

D'autre part, lorsque le vol a eu lieu sur un chantier, la garantie n'est acquise que si une garantie a été délivrée car elle est souvent en option voire absente du panel des garanties délivrables.

Il convient donc de bien vérifier le contrat d'assurance souscrit par Jean-François.

- **Plus tard, Jean-François est pris d'un doute. Depuis le début de l'année, il a élargi ses prestations comme la pose de béton ciré en bâtiment mais doute de l'avoir déclaré à son assurance. Or, son matériel lui servant à la projection du béton a également été dérobé.**

Encore une fois, il convient de bien relire le contrat d'assurance dans la mesure où un dommage qui résulte d'une activité exercée et ne figurant pas sur l'attestation ne sera pas garanti par l'assureur.

- **Farida est indépendante et travaille très souvent en sous-traitance d'un maître d'ouvrage. Doit-elle avoir un assurance responsabilité décennale ?**

Pour mémoire, un sous-traitant est la personne, physique ou morale, qui ne contracte pas directement avec le maître d'ouvrage. Il passe un contrat avec un entrepreneur du chantier, une entreprise générale ; sur le fondement contractuel, il est donc redevable vis-à-vis de celui-ci, des obligations auxquelles il s'est engagé.

C'est la raison pour laquelle un sous-traitant n'a pas de responsabilité décennale au sens de l'article 1792 du Code civil (il

est sans lien direct avec le maître d'ouvrage). Mais sa responsabilité peut quand même être engagée en cas de dommages à l'ouvrage après réception ou en cas de dommages causés à des tiers (hors ouvrage). Les contrats types de sous-traitance proposés par les fédérations professionnelles du BTP (FFB, FNTP) prévoient ces dispositions.

Le plus souvent, les garanties associées à cette double responsabilité apparaissent sur une attestation unique.

Les assurances de responsabilité civile

- **Qu'est-ce que la responsabilité civile ?**

Il s'agit, avant tout, d'une notion juridique : « Toute personne qui commet volontairement ou involontairement une faute doit réparation du dommage dont elle est l'auteur. » Articles 1382 et 1383 du Code Civil

Un dommage causé par l'entreprise à un tiers (voisins, cocontractants, clients...) et donnant lieu à une réclamation de ce dernier du fait d'un préjudice subi, est donc susceptible d'engager la Responsabilité Civile de l'entreprise.

- **Qu'en est-il plus précisément de l'assurance Responsabilité Civile ?**

L'objectif de cette couverture est d'indemniser le tiers des dommages subis du fait de l'assuré. L'obligation d'indemnisation doit résulter de la loi ou d'un contrat ou d'un jugement. D'un pays à l'autre, le régime de responsabilité peut être différent.

Un sinistre couvert par la Responsabilité Civile suppose un fait génératrice, un dommage subi par un tiers, une réclamation de ce dernier, et une déclaration de sinistre de l'assuré à son assureur. Plusieurs années peuvent s'écouler entre la réalisation du fait génératrice et l'apparition du dommage ou la formalisation de la réclamation. L'exposition à l'amiante en est un bon exemple. Citons le cas particulier du sinistre sériel, c'est-à-dire pour lequel un ensemble des réclamations se rattache à un seul et même fait génératrice.

À noter toutefois, dans le cas de grandes catastrophes (de type AZF, ou pollution de Deepwater Horizon dans le golfe du Mexique...), la totalité des indemnisations dues aux victimes peut dépasser les limites des capacités de couverture disponibles sur le marché de l'assurance ou de la réassurance. L'assurance éventuelle de l'entreprise ne venant que participer à l'indemnisation

des victimes à hauteur des limites contractuelles de couverture, il reste à la charge de l'entreprise l'indemnisation des victimes pour les montants dus à ces dernières mais non couverts par son assurance. Le montant de ces indemnisations restant à la charge de l'entreprise responsable peut la forcer à des désinvestissements (cas de la société BP suite à l'accident de Deepwater Horizon) ou même menacer son indépendance (rachat par un concurrent) ou sa pérennité.

- **Quels sont les différents types de polices Responsabilité Civile ?**

Les polices Responsabilité Civile peuvent fonctionner :

- en « **claims made** » (marché français et londonien ; possibilité aux USA). La police couvre les réclamations faites à l'assuré par un tiers pendant la période de validité de la police. Le dommage qui donne lieu à la réclamation peut être survenu dans le passé mais la réclamation est faite pendant la période de validité de la police. En pratique, la police prévoit que le dommage doit être survenu après la première date d'effet de la police et avant sa résiliation. Une rupture de garantie dans le temps peut exister si une police Claims Made n'est pas renouvelée. Pour remédier à cette difficulté, l'assureur propose (le plus souvent moyennant une prime additionnelle), une Garantie Subséquente qui couvre les dommages survenus après la résiliation du contrat mais dont l'origine est dans la période de garantie. En France, une loi de 2003 oblige l'assureur Claims Made à fournir une garantie subséquente d'au moins 5 ans.
- en « **occurrence basis** » (USA...). La police couvre les dommages déclarés ou notifiés pendant sa période de validité, quelle que soit la date à laquelle la réclamation est faite à l'encontre de l'assuré.

- **Comment fonctionne la couverture de l'assurance Responsabilité Civile ?**

Les dommages causés à un tiers et les frais susceptibles d'être garantis par l'assurance Responsabilité Civile concernent :

- les dommages matériels correspondant à la perte ou à la détérioration d'un bien;
- les dommages corporels correspondant à l'atteinte à l'intégrité physique ou morale d'une personne ;
- les dommages immatériels qui regroupent tous dommages autres que matériels ou corporels ; ils peuvent être :
 - * consécutifs à un dommage matériel comme la perte d'exploitation d'un voisin consécutive à un dommage causé à son outil de production ;
 - * non consécutifs à un dommage matériel (immatériels purs) comme une perte d'exploitation d'un client du voisin incapable de lui livrer un produit par suite de l'arrêt de son usine suite à un sinistre matériel ;
 - * les frais de défense incluant les honoraires d'experts ou d'avocats.

Sont exclus des dommages couverts :

- les amendes pénales ;
- les dommages immatériels purs en cas de retard de livraison et de défaut de performance ;
- les frais de remplacement des produits livrés ou les prestations à l'origine du dommage causé ;
- l'acte intentionnel.

- **Que doit comporter l'attestation d'assurance de responsabilité civile ?**

L'assurance de responsabilité civile décennale n'est pas identique selon l'assurance des « ouvrages soumis (anciennement bâtiment) » ou « ouvrages non soumis (anciennement génie civil) ». Les deux ont vocation à garantir une responsabilité présumée du constructeur.

Cependant, la première répond à une obligation d'assurance,

contrairement à la seconde ; elle est soumise à des dispositions d'ordre public. Par ailleurs, l'attestation correspondante est réglementée depuis un arrêté du 5 janvier 2016.

- **Que doit comporter l'attestation de responsabilité décennale pour les ouvrages soumis ?**

Un arrêté du 5 janvier 2016 précise les informations et les mentions minimales que doivent contenir une attestation d'assurance de responsabilité civile décennale obligatoire. On distinguera, d'une part, des informations et des mentions obligatoires et d'autre part des mentions non obligatoires.

- **Quelles sont les informations et mentions obligatoires ?**

Les informations :

Elles sont obligatoires car elles doivent figurer dans l'attestation mais leur emplacement est libre. Ce sont celles déjà énumérées ci-dessus.

Les mentions :

Elles sont obligatoires sur le fond mais aussi sur la forme (ces mentions ne sont pas reprises in extenso. Seules les catégories sont rappelées (voir l'arrêté du 5 janvier 2016)).

Il s'agit de :

- ***nature de la garantie*** : garantie obligatoire de responsabilité décennale, conformément aux dispositions de l'arrêté ;
- ***durée et maintien de la garantie*** : elle est accordée pour la durée de dix ans à compter de la réception visée à l'article 1792-4-1 du Code civil ;
- ***montant de la garantie*** :

en habitation, la garantie doit couvrir le coût des travaux de réparation de l'ouvrage;

hors habitation, la garantie doit couvrir le coût des travaux de réparation de l'ouvrage dans la limite du coût total de la construction

déclaré ou à 150 M€, si ce coût le dépasse ;
en présence d'un contrat collectif de responsabilité décennale (CCRD), le montant de la garantie doit être égal au montant de la franchise absolue stipulée par ledit contrat collectif.

Attention : la garantie décennale d'assurance obligatoire ne doit jamais être exprimée par un montant. Par exemple : garantie de responsabilité décennale de 500 000 €.

– ***nature des travaux assurés contractuellement*** : en règle générale, l'assureur fait référence à des travaux de techniques courantes : travaux de construction traditionnels ou répondant à une norme homologuée, à des règles professionnelles acceptées par la C2P ou à des recommandations professionnelles du programme RAGE 2012 non mises en observation par la C2P, à des procédés de construction faisant l'objet d'un Agrément technique européen (ATE) en cours de validité, ou d'une évaluation technique européenne bénéficiant d'un Document technique d'application (DTA) ou d'un Avis technique (ATec), valides et non mis en observation par la C2P, d'une ATex avec avis favorable, ou d'un Pass'innovation vert en cours de validité. C'est le cas de l'ensemble des assureurs adhérant à la FFSA ;

– ***référence à la date d'ouverture de chantier*** (DOC) (définie à l'annexe I de l'article A 243-1 du Code des assurances) : les travaux doivent faire l'objet d'une ouverture de chantier pendant la période de validité de l'attestation ;

– ***limite contractuelle d'intervention*** : il s'agit du coût total des opérations de construction HT tous corps d'état (honoraires compris) déclaré par le maître de l'ouvrage. Selon les compagnies, cela peut varier de 0.5 million € à 26 millions €. Au-delà, l'assuré devra préalablement contacter son assureur pour qu'il étudie l'élévation spécifique de ce plafond.

Cette limite contractuelle d'intervention est parfois sous-conditionnée à un montant de marché ou de lot exécuté (le montant du marché reste une donnée facultative, selon l'arrêté) ;

– ***fonctionnement en présence d'un contrat collectif de responsabilité décennale*** (CCRD) : la limite contractuelle d'intervention peut être revue à la hausse si un CCRD bénéficie à

l'assuré avec une franchise absolue, qui peut varier en fonction du lot de l'assuré (10 millions €, 6 millions € ou 3 millions €).

La mention du fonctionnement du contrat en présence d'un CCRD reste facultative, selon l'arrêté. Cependant, si l'option de la faire figurer est retenue, sa rédaction est prévue par l'arrêté et obligatoire ;

– **de la territorialité** : l'attestation doit mentionner la territorialité. Par exemple : les travaux réalisés en France Métropolitaine et dans les départements et régions d'Outre-Mer.

• Quelles sont les mentions non obligatoires ?

L'arrêté du 5 janvier 2016 permet à l'assureur, à côté de la garantie de responsabilité décennale obligatoire, de faire figurer des garanties complémentaires.

Ces mentions peuvent porter sur :

- la garantie de l'assuré intervenant en qualité de sous-traitant, pour les désordres de la nature relevant de la responsabilité décennale ;
- la garantie de bon fonctionnement ;
- la garantie de responsabilité décennale pour des ouvrages non soumis à l'obligation d'assurance ;
- la garantie de responsabilité civile professionnelle (hors dommages à l'ouvrage).

L'attestation de responsabilité décennale pour les ouvrages non soumis

Cette attestation n'est pas réglementée, tout comme le régime de l'assurance relatif à cette responsabilité, pour les ouvrages non soumis.

Outre les informations citées ci-dessus, il est recommandé que l'attestation comporte (tant pour le traitant que le sous-traitant) :

- les montants de garantie, et qu'ils soient exprimés par sinistre ou par sinistre et par an ;
- la limite contractuelle d'intervention (exemple, pour un ouvrage dont le coût HT de construction, honoraires compris ne dépasse pas X millions €). Elle est généralement plus faible que pour les ouvrages soumis, du fait du caractère non obligatoire de

l'assurance, et varie beaucoup d'un assureur à l'autre (500 000, 1 million...) ;
– la territorialité.

Attention à la période de validité de l'attestation : il est conseillé de renouveler la demande d'attestation à chaque échéance finale de période. Au regard de la tendance adoptée par le marché, le contrat d'assurance mobilisé en cas de sinistre sera, le plus souvent, celui valide à la date de la réclamation.

Rappel : il n'y a pas d'obligation d'assurance décennale en matière d'ouvrages non soumis, pour les traitants, et aucun assujettissement du sous-traitant à la responsabilité décennale. Néanmoins, il est important d'avoir des garanties d'assurance sécurisantes, et ces recommandations y répondent.

- **Sofia est directrice d'un grand magasin. Elle est inquiète car elle a dû faire retirer des rayons plusieurs produits défectueux pour lesquels elle venait justement de payer pour une campagne de pub de grande envergure (encarts dans la presse, panneaux en 4×3...). Est-ce que les frais occasionnés lui seront indemnisés ?**

En réalité et malheureusement pour Sofia, en cas de retrait de produits défectueux livrés dans la grande distribution, les frais occasionnés par ces retraits (annonces dans la presse, heures supplémentaires, frais de reconditionnement, frais logistiques...) seront indemnisés, mais pas les coûts de remplacement des produits retirés.

- **Quels sont les principaux types d'assurances responsabilité civile sur le marché ?**

Sont proposées par le marché :
– la Responsabilité Civile Générale qui indemnise les dommages

causés à un tiers, ayant donné lieu à une réclamation du fait d'un préjudice subi et susceptibles d'engager la Responsabilité Civile de l'assuré ;

- la Responsabilité Civile Après Livraison qui indemnise les défauts sur produits livrés suite à une erreur de conception ;
- la Responsabilité Civile Pollution qui indemnise les pertes de confinement de produits dangereux pour l'environnement : pollution des eaux, des sols ou de l'atmosphère (CO2 et COV notamment) ;
- la Responsabilité Civile Transports qui assure les dommages matériels des biens en cours de transport par camions, pipelines... ;
- la Responsabilité Civile Aviation (fournisseurs de kérosène...) ;
- la Responsabilité Civile Mandataires Sociaux qui assure les dirigeants de société ou les employeurs.

- **Que se passe-t-il en cas d'assureurs successifs pour un professionnel ?**

Les entreprises comme les particuliers ont la possibilité de changer d'assureur de responsabilité civile.

Dans de nombreux cas, notamment en matière de construction, une longue période peut s'écouler entre les faits à l'origine d'un dommage (les travaux) et la réclamation formulée par la victime.

Mais quel assureur doit prendre en charge le sinistre ? L'assureur de l'entreprise au moment des travaux ou le nouvel assureur à la date à laquelle l'entreprise reçoit la réclamation de la victime ?

Jusqu'en 2003, les garanties de responsabilité civile comportaient des clauses d'application dans le temps très variables en fonction des assureurs. Cette disparité pouvait entraîner des « trous de garantie » souvent lourds de conséquences économiques pour un individu ou une entreprise.

Mais depuis, la loi du 1er août 2003 – dite de sécurité financière – a permis d'encadrer et d'uniformiser les conditions d'application dans le temps des garanties de responsabilité civile, et de déterminer quel assureur interviendra pour indemniser les victimes.

Notons bien que ces dispositions ne concernent que les garanties de responsabilité civile. Elles ne sont pas applicables aux contrats pour lesquels un régime spécifique est déjà prévu (notamment

l'assurance décennale obligatoire pour les dommages matériels aux ouvrages de bâtiment).

• Quel est le régime applicable ?

Introduisant la notion du fait dommageable (fait qui constitue la cause du dommage), le dispositif légal prévoit désormais deux modes de gestion du déclenchement de la garantie :

- par le fait dommageable survenu à la suite d'actes accomplis pendant la période de validité du contrat d'assurance, même si le dommage se manifeste plusieurs années après sa résiliation ;
- par la réclamation de la victime qui doit avoir lieu pendant la période de validité du contrat ou après sa résiliation, pendant un délai déterminé, nommé délai subséquent.

Sauf régime légal spécifique (par exemple, l'assurance construction), ces deux modes de fonctionnement sont impératifs et exclusifs, c'est-à-dire que tout autre mode de fonctionnement prévu pour ce type de garantie serait déclaré contraire à la loi.

Le choix entre les 2 modes de gestion relève de la seule décision de l'assureur.

Ces dispositions permettent également de déterminer l'assureur qui devra indemniser les victimes en cas de contrats souscrits successivement.

• Le régime du fait dommageable

Le fait dommageable est le fait qui constitue la cause du dommage. Par exemple, dans le domaine de la construction, il peut s'agir des travaux réalisés par un entrepreneur.

Lorsque la garantie est déclenchée par le fait dommageable, elle couvre tous les sinistres consécutifs à des actes accomplis pendant la période de validité du contrat d'assurance, et même si le dommage se manifeste plusieurs années après la résiliation du contrat.

Peu importe donc la date à laquelle apparaît le dommage ou celle à laquelle la victime réclame la réparation. Si les travaux ou l'acte à

l'origine du sinistre ont été accomplis pendant la période de validité du contrat, le sinistre devra être indemnisé par l'assureur qui avait délivré ce contrat.

Quelles sont les conséquences en pratiques ?

La garantie de l'assureur est maintenue tant que le risque de sinistre peut apparaître, même si le contrat est résilié ou si l'assuré a changé d'assureur. Seules exceptions :

- la prescription de l'action en responsabilité civile (5 ans à compter de la connaissance des faits) ;
- la prescription de l'action contre l'assureur (2 ans à compter de la connaissance du sinistre).

- **Nicolas est entrepreneur. A ce titre, il est assuré par un contrat ayant pris effet le 1er janvier 2020. Il effectue la pose de dalles de carrelage dans le hall d'un immeuble mais un accident survient.**

Reprendons les faits plus précisément :

Nicolas effectue la pose de dalles de carrelage dans le hall d'un immeuble du 1er février 2020 au 1er avril 2020.

Son contrat d'assurance est résilié le 31 décembre 2020. Le 1er janvier 2024, une des dalles de carrelage se descelle, provoquant la chute d'un visiteur qui se blesse. Ce dernier effectue une réclamation auprès de l'entreprise.

Le fait dommageable (la pose de dalles de carrelage) ayant eu lieu pendant la période de validité du contrat, l'assureur qui garantissait l'entreprise entre le 1er janvier 2020 et le 31 décembre 2020 est donc celui qui devra intervenir pour indemniser la victime.

- **Le régime de la réclamation**

Dans ce régime, c'est la date de réclamation formulée par la victime auprès de l'assuré ou de l'assureur qui est prise en compte.

Peu importe la date à laquelle les travaux ou l'acte à l'origine du dommage ont été effectués. Peu importe également la date de

survenance du dommage. Si la réclamation a lieu pendant la période de validité du contrat, le sinistre, objet de cette réclamation, sera couvert par l'assureur.

• Reprenons notre exemple de Nicolas

Rappelons qu'il a souscrit un contrat d'assurance de responsabilité le 1er janvier 2020 valable jusqu'au 31 décembre 2020.

Le 10 juillet 2020, une dalle de carrelage que l'entrepreneur avait posée lors de travaux réalisés en 2018 se descelle, provoquant la chute d'un visiteur qui se blesse. Ce dernier effectue une réclamation auprès de l'entreprise.

Le fait dommageable (la pose de dalles de carrelage) a eu lieu avant la période de validité du contrat. Mais le contrat étant géré en base « réclamation », l'assureur qui garantit l'entreprise entre le 1er janvier 2020 et le 31 décembre 2020 est celui qui devra intervenir pour indemniser la victime, puisque la réclamation a eu lieu pendant la période de validité du contrat.

Sous certaines conditions, la période de garantie ne cesse pas à la résiliation du contrat, mais à l'expiration d'un délai supplémentaire appelé délai subséquent.

Au terme de la loi, ce délai ne peut être inférieur à 5 ans.

Néanmoins, par un décret du 26 novembre 2004, le délai subséquent a été augmenté à 10 ans pour l'assurance de nombreuses professions, parmi lesquelles les constructeurs.

• Quelles sont les conditions de mise en œuvre de la garantie subséquente ?

- l'assuré n'a pas souscrit une nouvelle garantie déclenchée par la réclamation (cessation d'activité, disparition, nouvelle garantie déclenchée par le fait dommageable etc.) ;
- le fait dommageable est antérieur à la résiliation ou à l'expiration de la garantie.

- **Poursuivons avec notre exemple**

Nicolas a souscrit un contrat d'assurance de responsabilité le 1er janvier 2020 valable jusqu'au 31 décembre 2020. Après cette date, l'entrepreneur a cessé toute activité professionnelle et n'a donc pas souscrit de nouvelle assurance.

Le 10 juillet 2021, une dalle de carrelage que l'entrepreneur avait posée lors de travaux réalisés avant la prise d'effet du contrat se descelle, provoquant la chute d'un visiteur qui se blesse. Ce dernier effectue une réclamation auprès de l'entreprise.

Le fait dommageable (la pose de dalles de carrelage) a eu lieu avant la résiliation de la police.

Malgré la résiliation de la police et en l'absence de nouvelle garantie susceptible de garantir la réclamation de la victime, le dernier assureur sera tenu de garantir l'éventuelle responsabilité du constructeur pendant les 10 ans de la garantie subséquente.

Attention : Les garanties déclenchées par la réclamation ne peuvent trouver application si l'assuré a eu connaissance lors de la souscription de travaux susceptibles de causer un dommage à une victime.

- **Quelles sont les règles de fonctionnement en cas de succession des contrats dans le temps ?**

Nous vous le rappelons, le fait dommageable est le fait qui constitue la cause du dommage. Par exemple, dans le domaine de la construction, il peut s'agir des travaux réalisés par un entrepreneur. Par souci de clarté, nous avons donc remplacé l'expression « fait dommageable » par « travaux ».

Ancien contrat	Nouveau contrat	Contrat applicable en cas de sinistre
Base « fait dommageable »	Base « fait dommageable »	Contrat valide à la date de réalisation des travaux.
Réclamation	Réclamation	<p>Ancien contrat si :</p> <ul style="list-style-type: none"> - à la souscription du nouveau contrat, l'assuré savait que les travaux seraient susceptibles de causer un dommage ; - et si la réclamation de la victime est intervenue avant l'expiration du délai subséquent. <p>Nouveau contrat si l'assuré ne savait pas que les travaux seraient susceptibles de causer un dommage.</p>
Fait dommageable	Réclamation	<p>Ancien contrat si les travaux ont été réalisés pendant sa période de validité.</p> <p>Nouveau contrat si :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les travaux ont été effectués avant la prise d'effet de l'ancien contrat ; - et si l'assuré ne savait pas que les travaux seraient susceptibles de causer un dommage.
Réclamation	Fait dommageable	<p>Ancien contrat si :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les travaux ont été réalisés avant la souscription du nouveau contrat ; - et si la réclamation est intervenue avant l'expiration du délai subséquent. <p>Nouveau contrat si les travaux sont intervenus durant sa période de validité.</p>

• Qu'en retenir ?

- les régimes base « réclamation » et « fait dommageable » sont les deux seuls régimes applicables admis par le législateur pour les contrats de responsabilité civile visés par la loi ;
- les risques particuliers sont obligatoirement régis par « le fait dommageable » ;
- le choix est libre entre les deux régimes pour les contrats professionnels (sauf pour ceux déjà soumis à un régime particulier) ;
- l'assureur doit tenir l'assuré informé par la remise, avant la souscription ou la reconduction du contrat, d'une notice résumant

ces nouvelles dispositions. Il doit également informer l'assuré sur le système retenu pour la gestion des garanties de son contrat.

La protection juridique

• Qu'est-ce que l'assurance protection juridique ?

L'assurance protection juridique ou garantie protection juridique est un contrat d'assurance qui permet à l'assuré de bénéficier d'une aide particulière lors d'une procédure de justice et ainsi faciliter le règlement des litiges :

- une assistance juridique par un service spécialisé (par téléphone, email, courrier);
- la prise en charge des frais de justice engagés du fait d'un litige (honoraires d'avocat, frais d'expertise, frais de procédure).

Celle-ci est ainsi définie par le code des assurances, en son article L 127-1 :

« Est une opération d'assurance de protection juridique toute opération consistant, moyennant le paiement d'une prime ou d'une cotisation préalablement convenue, à prendre en charge des frais de procédure ou à fournir des services découlant de la couverture d'assurance, en cas de différend ou de litige opposant l'assuré à un tiers, en vue notamment de défendre ou représenter en demande l'assuré dans une procédure civile, pénale, administrative ou autre ou contre une réclamation dont il est l'objet ou d'obtenir à l'amiable réparation du dommage subi . »

Le régime de l'assurance de protection juridique est précisé par les articles L 127-2 à L 127-8 du code des assurances et par l'article R 127-1 du code des assurances.

Il est notamment précisé par l'article L 127-2-1 du code des assurances qu'est considéré comme le sinistre le refus opposé à une réclamation dont l'assuré est l'auteur ou le destinataire.

L'article L 127-2-2 du code des assurances prévoit que les consultations et actes antérieurs à la déclaration du sinistre ne sont pas pris en charge.

Par exception, ces actes et consultations peuvent être pris en charge si l'assuré peut justifier d'une urgence à les avoir demandés.

- **Quel est son fonctionnement ?**

La garantie protection juridique est valable à la fois dans le cadre d'une action en justice engagée par l'assuré mais aussi lorsque celle-ci est engagée à son encontre. L'article L.127-1 du Code des assurances prévoit que cette aide peut être obtenue pour tout type de procédures : pénale, civile, administrative.

Avant toute chose, il faut donc déclarer un sinistre auprès de son assureur afin de pouvoir bénéficier de cette garantie. Est considéré comme sinistre, au sens du Code des assurances « le refus qui est opposé à une réclamation dont l'assuré est l'auteur ou le destinataire ». La protection peut alors se traduire par l'assistance d'un service juridique qui aide l'assuré lors d'une négociation amiable pré contentieuse. Cette assurance permet aussi l'attribution de fonds à un avocat, le paiement de frais d'expertise et plus largement les frais de procédure.

Bon à savoir : l'assurance ne peut pas imposer un avocat en particulier. Elle peut proposer un professionnel seulement sur demande écrite de la part de l'assuré (article L. 127-3 du Code des assurances).

Attention, la police d'assurance ne pourra fonctionner (sauf lorsqu'elle est conclue à titre principal) que pour le domaine dans le cadre duquel elle a été souscrite. Par exemple, l'option souscrite dans le cadre de la police multirisque habitation ne s'appliquera qu'en cas de litige en lien avec l'habitation et non pas avec un litige concernant la voiture.

- **Quels sont les modes de gestion de cette assurance ?**

L'article L 322-2-3 du code des assurances indique quels peuvent être les modes de gestion de l'assurance de protection juridique. Selon cette disposition, les entreprises qui pratiquent l'assurance de protection juridique ont le choix entre 3 modalités de gestion, qui sont les suivantes :

– Les membres du personnel gérant les sinistres de la branche

protection juridique ne peuvent travailler dans une autre branche

- Les sinistres de la branche protection juridique sont confiés à une entreprise juridiquement distincte
- Le contrat d'assurance prévoit le droit pour l'assuré de confier la défense de ses intérêts à un avocat ou à une personne qualifiée pour cela

Ces 3 modalités ont pour effet de séparer les personnes gérant les sinistres de protection juridique des gestionnaires des autres activités de l'entreprise d'assurance, et d'éviter d'éventuels conflits d'intérêt.

L'article L 127-1 du code des assurances prévoit que l'assurance de protection juridique peut jouer pour défendre ou représenter l'assuré en demande ou en, défense.

Il précise par ailleurs que l'assurance de protection juridique peut intervenir dans un cadre judiciaire, mais également dans un cadre amiable.

En ce qui concerne le recours à un avocat, la directive européenne 87/344 du 22 juin 1987 prévoit le libre choix par l'assuré.

L'article L 127-3 du code des assurances, introduit par la loi n° 2007-210 du 19 février 2007, précise que « l'assureur ne peut proposer le nom d'un avocat à l'assuré sans demande écrite de sa part ».

Il est par ailleurs précisé par l'article L 127-5-1 du code des assurances que « les honoraires de l'avocat sont déterminés entre ce dernier et son client, sans pouvoir faire l'objet d'un accord avec l'assureur de protection juridique ».

Ainsi, l'assuré peut librement choisir son avocat, et son assureur ne pourra s'immiscer dans la fixation des honoraires de cet avocat.

• Dans quelle mesure souscrire une telle assurance ?

Cette garantie est souvent souscrite dans le cadre d'un autre contrat spécifique souscrit par l'assuré. Il est ainsi fréquent de découvrir que sa police d'assurance multirisque habitation comporte une garantie protection juridique. Idem pour l'assurance du véhicule. Incorporée au contrat, elle est à disposition du bénéficiaire

: il serait dès lors dommage de s'en priver. Pour savoir si l'on bénéficie de ce type de protection, il faut éplucher ses contrats d'assurance. Il est bien évidemment possible de souscrire cette assurance via un contrat spécifique.

Cette garantie permet à son bénéficiaire d'être conseillé dans le cadre d'un contentieux naissant, pouvant ainsi éviter l'engagement d'un procès. Une équipe de juristes professionnels va ainsi informer et aiguiller l'assuré dans ses décisions et démarches.

Lorsque son action est efficace (réactivité du service, écoute, suivi), elle peut être d'une grande aide. On peut en effet être perdu en tant que particulier face à un litige et à l'application du droit. Cette garantie peut permettre d'y voir plus clair, plus rapidement. Par la suite, et si nécessaire, les frais d'avocat et / ou de procédure peuvent être pris à charge.

Aucune somme supplémentaire ne peut être demandée à l'assuré qui est bénéficiaire de ce service lorsqu'il actionne cette garantie.

- **L'assurance protection juridique est-elle une assurance indépendante des autres prestations ?**

Son tarif est soit incorporé dans le coût du contrat portant sur un domaine spécifique (assurance habitation, voiture, etc.) soit versé à part entière dans le cadre d'un contrat souscrit à titre principal. Elle n'est donc pas gratuite.

Au sein même des contrats, il peut y avoir des différences en termes de couverture et plafonds de garantie. Si l'assistance du service juridique en ligne ou par email est généralement illimitée, notez en revanche que le montant des honoraires qui seront versés à un avocat en cas de procédure sera généralement plafonné.

- **Quelles sont les limites de cette garantie ?**

Le contrat peut également prévoir des limites et des clauses d'exclusion : la prise en charge des frais d'avocat est plafonnée, comme peut l'être également l'ensemble des frais de justice. Les domaines d'intervention (notamment dans le cadre d'une police

d'assurance protection juridique souscrite à titre principal) ou le montant principal du litige engagé peuvent être limités. Il faut donc impérativement consulter ces limites et clauses d'exclusion qui figurent au sein du contrat.

- **Jeanne vient vous voir car elle est mise en cause dans un délit et aimeraient que son assurance protection juridique puisse lui rembourser les frais d'expertise. Est-ce que cela est possible ?**

En effet, même s'il faut toujours vérifier les clauses du contrat, la plupart du temps les frais de procédure pouvant être pris en charge sont notamment les suivants :

- Les honoraires d'avocats,
- Les frais d'huissier,
- Les frais d'expertise,
- Les frais de justice (droits de plaidoirie notamment).

- **Jeanne a dû faire appel à un avocat dans le cadre de la procédure, il vient de lui faire parvenir sa facture. Doit-elle faire l'avance ?**

Là encore, il convient de se reporter aux termes du contrat. En effet, les honoraires de l'avocat peuvent parfois être réglés directement par la compagnie d'assurance dans la limite du plafond stipulé au contrat d'assurance.

- **Comment doit-elle présenter sa demande pour actionner son assurance protection juridique ?**

Il faut, tout d'abord, adresser une demande par écrit à la compagnie d'assurance.

Dans ce courrier, Jeanne devra indiquer :

- ses références (son identité et numéro d'assuré)
- sa demande (procédure engagée contre elle ou par elle) qui doit être détaillée le plus précisément possible (où, quand, comment, ...)

– tout élément de nature à justifier sa demande (convocation à une audience, etc.).

Le litige ou le différend constitue le « sinistre » propre à l'assurance protection juridique (comme l'incendie pour l'assurance habitation), il faut donc être précis et factuel, joindre des copies des justificatifs. Il convient ensuite de joindre la convention d'honoraires conclue avec l'avocat choisi par Jeanne.

- **Karim a souscrit une assurance protection juridique avec une compagnie d'assurance. Aujourd'hui il aimerait y avoir recours. Son assureur lui transmet donc la carte d'un avocat pour le représenter.**

Il existe un principe primordial qui est une liberté expressément garantie par la loi : « l'assuré à la liberté de choisir son avocat » eu égard à l'article L127-3 du Code des assurances.

Par conséquent, aucune clause du contrat d'assurance ne doit porter atteinte à la liberté de choisir l'avocat qui vous représentera. De plus, l'assureur ne peut proposer le nom d'un avocat à l'assuré sans demande écrite de sa part.

D'autre part, Karim reste libre de déterminer avec son avocat ses honoraires. A ce titre, l'article L127-5-1 du Code des assurances prévoit que les honoraires sont déterminés entre l'avocat et son client. Le choix du montant des honoraires ne peut pas non plus être soumis à l'accord de l'assureur.

Enfin, nous conseillons à Karim de signer obligatoirement une convention d'honoraires avec son avocat et d'en communiquer une copie à son assureur, s'il souhaite être remboursé en tout ou partie de ses frais d'avocat au titre de sa protection juridique.

- **Erwan a souscrit une assurance protection juridique il y a quelques années. La semaine dernière, il devait partir en Martinique mais son billet d'avion a été annulé au dernier moment. Il compte bien s'en faire dédommager grâce à son assurance.**

Il faut bien garder à l'esprit que la protection juridique n'a pas de vocation indemnitaire. Par exemple, elle ne remboursera pas le prix de votre billet d'avion en cas d'annulation tardive, mais pourrait, en revanche, prendre en charge les sommes nécessaires (honoraires d'avocat, frais de justice...) pour obtenir ce remboursement, faute d'arrangement amiable avec votre compagnie aérienne ou votre agence de voyage.

Également, elle ne prend pas en charge les condamnations pécuniaires dont vous pourriez faire l'objet, sauf si le contrat le prévoit expressément.

- **Noémie vient vous voir pour souscrire une assurance protection juridique. Elle a reçu une lettre de licenciement la semaine dernière qu'elle aimerait contester.**

Donc, reprenons les faits dans un ordre chronologique car cela va être déterminant.

Noémie a reçu une lettre de licenciement qu'elle souhaite contester devant le conseil de prud'hommes. Elle souscrit, après cet événement, une protection juridique comportant une garantie pour les litiges rencontrés en qualité de salarié.

Elle prend le soin de la souscrire avant d'introduire son action en justice.

Toutefois, la protection juridique lui opposera un refus, puisque ce qu'elle conteste en justice (la notification du licenciement), est intervenue antérieurement à la souscription de son assurance.

En d'autres termes, il existe des limites de la garantie

La loi pose des exclusions de prise en charge, notamment :

– les faits intentionnels (exemple : la suspension de votre permis en

- cas de conduite en état d'ivresse) ;
- les faits antérieurs à la souscription du contrat (vous devez déjà être couvert par le contrat au moment où le litige naît).

- **Quels sont les mauvais usages à éviter en tant qu'assureur dans le cadre de la protection juridique ?**

Nous venons de le voir dans l'exemple précédent, mais il n'est pas rare (et c'est regrettable) de voir que certaines assurances protection juridique imposent leurs avocats référents au mépris du libre choix de l'avocat par le client et imposer des tarifs forfaitaires très bas aux avocats et aux assurés. Le législateur a dû intervenir par une loi n° 2007-210 du 19 février 2007 pour limiter autant que faire ce peut les abus des sociétés d'assurance protection juridique sur ces divers points.

Déjà, le 21 février 2002, la Commission des Clauses Abusives rendait une recommandation proposant la suppression de clauses considérées abusives figurant dans les contrats habituellement proposés par les assurances protection juridique aux consommateurs.

Dans la pratique, la loi du 19 février 2007 n'a pas réussi à éradiquer les mauvais usages de certains assureurs protection juridique consistant :

- A évincer l'avocat choisi par le client au profit de la gestion interne du dossier ou au profit de l'avocat référent de la compagnie alors qu'un avocat est déjà saisi du dossier ;
- A tenter d'imposer à l'assuré l'avocat référent de la compagnie sans demande écrite du client ;
- A soumettre ses garanties à des délais de déclaration ou à une déclaration préalable avant saisine de tout conseil ;
- A soumettre leur garantie à des délais de carence importants ;
- A restreindre de manière très importante les domaines juridiques pris en charge et le champ des garanties par voie de déchéances et exclusions ;

- A refuser la prise en charge des frais d'avocat dans le cadre d'un règlement amiable.

• Quelles sont les clauses abusives ?

Voici la liste des clauses considérées abusives selon la recommandation 02-03 de la Commission des Clauses Abusives du 21 février 2002 :

« Recommande que soient éliminées des contrats d'assurance de protection juridique les clauses ayant pour objet ou pour effet :

- 1- De laisser croire au consommateur qu'il doit, à peine de déchéance, déclarer son sinistre dans un délai inférieur à celui de cinq jours prévu par la loi ;
- 2- D'imposer, sous peine de déchéance automatique de la garantie, « l'origine du sinistre » comme point de départ du délai pour la déclaration de sinistre de l'assuré ;
- 3- De laisser croire au consommateur que la déchéance de la garantie peut-être automatique, sans que l'assureur ait à justifier d'un préjudice ;
- 4- De déchoir de la garantie l'assuré qui a saisi un avocat, sans avoir préalablement déclaré le sinistre, soit consulté le spécialiste de l'assureur, sans que l'assureur ait à justifier d'un préjudice ;
- 5- De limiter, de quelque manière que ce soit, la liberté de choix de l'avocat par l'assuré ;
- 6- De refuser au consommateur la liberté de choix de son avocat ;
 - si ses honoraires ne sont pas préalablement acceptés par l'assureur ;
 - en considération d'un plafond d'honoraires dont le montant n'est pas déterminé ;
- 7- De porter atteinte au libre choix de l'avocat en ne précisant pas les délais et modalités de remboursement de l'assuré qui fait l'avance des frais et honoraires ;
- 8- De créer une ambiguïté sur la portée des engagements de l'assureur, les conditions de prise en charge du sinistre et les frais qui resteront à la charge de l'assuré, si la garantie devait être mise en œuvre ;

- 9- D'obliger le consommateur à communiquer à l'assureur, auquel l'oppose un différend, les documents émanant de son propre conseil ;
- 10- De prévoir que les sommes allouées au titre des frais et dépens seront affectées au remboursement des seuls frais exposés par l'assureur, sans couvrir prioritairement les frais exposés par l'assuré ;
- 11- D'empêcher l'assuré de participer à la direction du procès ;
- 12- D'imposer le prélèvement automatique sur compte bancaire comme unique moyen de paiement ;
- 13- De prévoir pour l'assureur une faculté de résiliation après sinistre, sans indiquer la faculté consécutive pour l'assuré de résilier, dans le délai d'un mois, les autres contrats qu'il peut avoir souscrits auprès de cet assureur ;
- 14- D'interdire au consommateur de résilier le contrat chaque année, conformément à l'article L. 113-12 du code des assurances ;
- 15- De déroger aux règles légales de compétence territoriale. »

- **Que dit la jurisprudence ?**

La Cour de cassation vient affirmer que, dans le cadre d'un contrat d'assurance de protection juridique, le fait que la direction du litige soit laissée à l'assuré et qu'il puisse organiser librement sa défense et choisir son avocat n'enlève pas l'obligation de conseil sur la vie du contrat qui incombe à l'assureur de protection juridique.

- **Quels sont les faits à l'origine de cette affaire ?**

Un particulier souscrit un contrat d'assurance automobile auprès d'Axa et un contrat d'assurance protection juridique auprès de Juridica. Victime d'un accident de la circulation, il assigne Axa, qui refuse sa garantie en retenant que le délai de l'action était prescrit. L'assuré assigne subsidiairement Juridica en responsabilité et indemnisation pour « avoir laissé l'action contre la société Axa se prescrire sans l'en informer et manqué à son obligation contractuelle de conseil ».

La cour d'appel le déboute de sa demande à l'encontre de Juridica, au motif que le contrat d'assurance de protection juridique laisse à l'assuré et non à l'assureur la direction du litige. L'assuré avait le droit d'organiser librement la direction de son procès, sa défense et de choisir son avocat.

- **Quelle fut la décision de la Cour ?**

La Cour de cassation casse l'arrêt rendu par la cour d'appel. Elle lui reproche de ne pas avoir recherché si le contrat, prévoyant que « l'assureur s'engageait à fournir à l'assuré, après examen de l'affaire, tous conseils sur l'étendue de ses droits et la façon d'organiser sa défense et de présenter sa demande, et à faire défendre en justice ses intérêts, ne faisait pas obligation à la société Juridica d'informer l'assuré de l'existence de la prescription biennale et de lui conseiller d'effectuer des actes interruptifs ». L'assuré avait souhaité choisir son avocat, mais était resté inerte après que Juridica ait donné son accord pour prendre en charge la procédure de désignation d'un expert en référé. L'assureur aurait dû l'informer sur le déroulement de la procédure et s'assurer qu'il entame son action dans les délais.

Les assurances des risques d'entreprises

• Quels sont les risques assurables en entreprise ?

Il existe un panorama d'assurances de dommages et de personnes dédié à la couverture des risques de l'entreprise. Parmi celui-ci, nous pouvons citer les assurances contre l'incendie, les dégâts des eaux, le vol, le bris de machine, les accidents corporels, la maladie, les risques liés à l'informatique, au transport, à la responsabilité civile de l'entreprise et des mandataires sociaux, etc.

Les risques à traiter, étant déjà étudiés et regroupés en famille, portent sur le patrimoine et l'activité de l'entreprise. Cette dernière cherche donc à se couvrir en priorité contre les conséquences pécuniaires des dommages qu'elle peut subir sur ses propres biens et celles qu'elle peut occasionner aux tiers dans l'exercice de ses activités.

Les risques de l'entreprise identifiés dans la cartographie sont classés en risques stratégiques, financiers, opérationnels, de reporting, de conformité et périls. Il convient de voir dans quels cas ils sont assurables.

• Le risque stratégique

Le risque stratégique est classé parmi les risques normaux supposés non assurables dans la mesure où l'entreprise prend une décision dans le but de s'enrichir tout en sachant qu'elle peut s'appauvrir s'il en résulte une perte. Nous mettons un bémol à cette position défendue par maints auteurs sur le management des risques tel que Jacques Charbonnier, car une décision stratégique peut contenir des évènements aléatoires susceptibles d'être assurés.

Par exemple, lors de l'assemblée générale ordinaire, le Conseil d'administration décide d'accroître la production de l'entreprise de 10% dans un horizon de deux ans en investissant sur la construction d'une nouvelle unité de production. Cette décision

relevant de la stratégie de l'entreprise est exposée à des risques pouvant entraver sa réalisation tels que les dommages survenant durant les travaux de construction. Bien qu'étant un risque normal, ce risque stratégique demeure en partie assurable car il existe des assurances qui couvrent les risques liés aux projets de constructions. La garantie « Tous risques chantier » couvre les dommages survenus durant les travaux ; la clause « Garanties des frais pour heures supplémentaires, travail de nuit, travail pendant les dimanches et les jours fériés, et expédition à grande vitesse » réduit le temps de retard par rapport au délai de l'objectif fixé ; et la garantie « Perte d'exploitation anticipée » pourrait prendre en charge les pertes de marge brute suite à un retard de livraison du projet dû à un dommage couvert. Cette combinaison de garanties parmi d'autres pourrait assurer la réalisation de l'objectif fixé par le Conseil d'administration. Dans ce cas d'espèce, l'assurance a contribué à la couverture du risque stratégique.

Supposons que l'entreprise envisage d'implanter cette unité de production à l'étranger, sans qu'il n'y ait des dommages directs aux biens, la COFACE garantit le remboursement des frais investis dans le cas où le projet n'arriverait pas à terme pour des raisons liées à la politique du pays d'implantation. Cette garantie nous semble être une assurance de risque spéculatif ou de risque stratégique.

Lorsque le risque stratégique découlant d'une décision de gestion porte sur des ressources matérielles ou humaines qui peuvent être couvertes par des produits d'assurance, nous pensons qu'il demeure assurable par ricochet. Cependant, il existe des cas où le risque stratégique devient un risque non assurable. Par exemple, la spéculation sur le marché financier n'est pas couverte par des produits d'assurance.

• Le risque financier

L'acquisition d'un immeuble en vue de le louer pour en tirer des gains périodiques constitue un risque financier. D'ailleurs un tel immeuble est appelé « immeuble de placement ». Dans cette

opération, l'entreprise espère rentabiliser son investissement dans le temps comme elle peut aussi subir une perte. Ce risque financier peut se réaliser lorsqu'un incendie se déclare dans l'immeuble et le brûle partiellement ou entièrement. Ce placement est anéanti. L'objectif financier est menacé dans la mesure où l'immeuble sinistré serait impropre à sa destination. Pour sauver le placement, il faudra remettre l'immeuble dans la situation dans laquelle il était avant le sinistre mais aussi retrouver les flux financiers périodiques prévus dans le plan de financement. La remise en état de l'immeuble peut être prise en charge par une assurance contre l'incendie et les gains escomptés couverts par la garantie « perte de loyers ». Dans la mesure où le risque financier repose sur une chose assurable, il devient donc assurable.

Si l'immeuble de placement ne trouve pas preneur du fait de la conjoncture économique défavorable, dans ce cas, le risque financier découlant de la moins-value qui pourrait en résulter n'est pas prise en charge par l'assurance. Ce risque n'est pas assurable.

• Le risque opérationnel

La grande majorité des auteurs sur le management des risques s'accordent pour limiter le domaine d'intervention du risk manager à la gestion des risques dits « purs » ou « accidentels ». Le risque opérationnel concerne l'activité quotidienne de l'entreprise, il peut occasionner des dommages aux biens de l'entreprise et causer des préjudices aux tiers.

Les risques opérationnels sur les biens meubles et immeubles sont assurables et couverts par des polices d'assurance de type « multirisque » avec les évènements garantis nommés ou bien de type « Tous risques sauf ». Dans le deuxième mode de couverture, seuls les dommages non couverts sont cités pour déterminer l'étendue de la garantie.

Le personnel étant au centre de l'activité de l'entreprise peut être l'auteur des dommages mais aussi victime de la réalisation des risques opérationnels. Les accidents du travail en constituent

l'exemple par excellence. Ils entraînent une présomption de responsabilité à l'égard de l'employeur et font, d'ailleurs, l'objet d'une réglementation dans plusieurs pays. En France, ils sont régis par le Code de sécurité sociale. Rappelons que les risques de responsabilité sont des dettes envers des tiers donc des charges sur la trésorerie de l'entreprise. Le traitement du risque opérationnel lié aux accidents du travail est effectué en partie par les Caisses primaires d'assurance maladie et complété par la souscription d'une assurance privée. Les chefs de préjudice sont fixés par le législateur et indemnisés forfaitairement. Toutefois, l'employé victime d'une faute intentionnelle peut exercer une action en responsabilité contre son employeur afin d'obtenir la réparation intégrale des préjudices subis.

La malveillance, la fraude, les escroqueries, les écritures en faux sont autant de risques opérationnels auxquels l'entreprise est exposée du fait de son personnel. Bien que ces risques se réalisent de façon intentionnelle, ils demeurent néanmoins assurables par le biais des polices « Globale de banque » et « Responsabilité civile entreprise ».

L'assurance offre de larges possibilités pour la couverture des risques opérationnels de l'entreprise. L'activité de celle-ci est assurable contre les risques de responsabilité civile délictuelle et contractuelle, mais aussi après la livraison des produits ou des travaux. Même le risque putatif c'est-à-dire celui déjà réalisé avant la souscription du contrat, reste assurable pourvu qu'il soit ignoré par l'entreprise au moment de contracter l'assurance.

• Le risque de reporting

La situation financière et les perspectives de l'entreprise sont des informations pertinentes qui motivent les décisions des investisseurs. Pour éviter de fausser le jeu de la concurrence et assurer la confiance sur le marché, la qualité de l'information communiquée par l'entreprise est surveillée par les Autorités de contrôle. C'est ainsi que des responsabilités sont situées.

L’élaboration de l’information financière et l’établissement des états financiers sont sous la responsabilité de la Direction générale. Le Conseil d’administration doit, par le biais des comités spécialisés, veiller à ce que celle-ci exécute convenablement sa mission, sans oublier que le Président du Conseil d’administration est responsable de la rédaction du rapport d’audit.

Dans ce système, un risque de reporting peut survenir par exemple dans l’inapplication d’un principe comptable lors de l’établissement des documents de synthèse. Une faute de gestion peut aussi être décelée dans les informations communiquées aux actionnaires ou au public. Ainsi, toute personne lésée, qu’elle soit actionnaire ou un tiers, du fait de la qualité de l’information financière fournie par l’entreprise pourrait intenter une action en responsabilité contre ses mandataires sociaux qui sont exposés sur leurs patrimoines personnels. Pour couvrir ses dirigeants dans l’exercice de leur mission, l’entreprise souscrit une assurance « Responsabilité civile des mandataires sociaux » susceptible de couvrir le risque de reporting.

- **Le risque de non-conformité**

L’entreprise doit respecter l’ensemble des règles de droit commun et celles spécifiques à son secteur d’activité. Le risque de non-conformité se réalise dès lors que celle-ci n’a pas respecté une règle établie. Dans un cadre contractuel, il engage la responsabilité contractuelle de l’entreprise. Une faute de commission qui est une violation d’une règle préétablie conduit à la mise en cause de la responsabilité civile ou pénale de son auteur. Si les risques de non-conformités engageant la responsabilité civile de l’entreprise restent assurables, en revanche ceux pour la responsabilité pénale demeurent non assurable par la loi.

L’entreprise qui ne prend pas les mesures de sécurité et d’hygiène nécessaires à son activité, s’expose à des risques de non-conformité au Code de la sécurité sociale. Si les accidents du travail restent assurés, en revanche, la responsabilité pénale de l’employeur qui pourrait en résulter n’est pas assurable.

- **Le péril**

Ce sont les grands sinistres, exceptionnels de par leur ampleur, qui menacent la pérennité de l'entreprise. Ce sont aussi les effets des vents, les risques technologiques et les catastrophes naturelles. Pour ces risques, une assurance est obligatoire dans toutes les polices couvrant des dommages directs aux biens. A l'échelle de l'entreprise, le péril reste un risque assurable.

- **Existe-t-il, à l'inverse, des risques non assurables en entreprise ?**

De prime abord, les risques découlant de la responsabilité pénale sont interdits de transfert à l'assurance par la loi. Les risques non assurables sont ceux qui sont méconnus par les assureurs et ceux qu'ils décident de laisser à la charge de l'entreprise.

- **Les nouveaux risques**

Certains risques sont inassurables car ils ne répondent pas aux caractéristiques techniques de l'assurance. Les assureurs ne s'engagent pas sur ces risques du fait de leur insuffisance de données statistiques. En tant que professionnel de la gestion des risques, l'assureur applique les principes du risk management qui recommandent d'abord la connaissance du risque, ensuite son évaluation et enfin son traitement. Dans la mesure où il ne connaît pas assez bien le risque, le processus de couverture du risque ne peut aboutir. Cette méconnaissance du risque est due au fait que celui-ci est soit nouveau (donc jamais connu auparavant), soit connu mais avec des informations le concernant en nombre insuffisant pour l'assureur, soit connu mais avec des caractéristiques ayant changé de façon exceptionnelle.

Ces différents cas représentent des risques émergents : le premier pourrait être les nanoparticules, le second l'amiante et le troisième l'attentat. Les nanoparticules sont des particules « de l'ordre du milliardième de mètre, utilisées dans de nombreux domaines

d'activité : biologie, médecine, électronique, cosmétiques, textiles, fibres, teintures, produits de construction, etc. ». Elles ont des propriétés qui laissent présager un danger pour la santé. L'amiante, un matériau naturel fibreux très utilisé dans la construction, a un caractère reconnu cancérigène mais la difficulté de sa couverture en assurance réside dans le temps de la première manifestation de la maladie. « Il faut en moyenne vingt à quarante ans pour que se déclare un cancer du poumon ou un cancer de la plèvre dû à l'amiante ».

• Le risque d'entreprise

Le risque d'entreprise est assimilé au vice caché. C'est un risque inhérent au cœur de métier de l'entreprise voire sa compétence intrinsèque. L'entreprise doit garantir son savoir-faire qu'elle applique sur un produit ou service destiné à ses clients. D'ailleurs, l'article 1641 du Code civil dispose, à la charge du vendeur, une obligation de garantie des vices cachés affectant la chose vendue et la rendant impropre à sa destination. En fonction des secteurs d'activité, il existe des règles et des pratiques usuelles relatives aux produits et services à livrer mais aussi au métier auxquelles le professionnel doit se conformer.

Le risque d'entreprise est classé parmi les risques non assurables car les assureurs ne le considèrent pas suffisamment aléatoire. Ils l'excluent pratiquement de leur garantie en l'assimilant au vice caché, à un défaut de performance ou à une non-conformité. A notre avis, l'exclusion du risque d'entreprise pourrait s'interpréter comme une franchise de l'activité laissée à la charge de l'entreprise. Comme dans le règlement des sinistres, il est d'usage que l'assureur applique une franchise qui est une partie du dommage laissée à la charge de l'assuré. Pour moraliser l'entreprise dans l'exercice de ses activités, l'assureur laisse celle-ci prendre en charge les risques liés directement au produit ou service qui est l'objet principal de son activité. Il convient, cependant, de noter que les conséquences dommageables du produit ou service causées aux tiers restent assurables.

Pour accepter de couvrir un risque, l'assureur se réfère aux techniques de l'assurance que sont les calculs probabilistes et l'aléa liés au risque. Ainsi, il distingue les risques assurables et ceux non assurables. Ces derniers sont exclus des contrats d'assurance parce que l'assureur ne les connaît pas suffisamment ou parce qu'il les considère comme des franchises laissées à la charge de l'entreprise. Néanmoins, il convient de noter la place considérable qu'occupe l'assurance dans le transfert des risques de l'entreprise. Nous avons montré que dans certaines conditions les risques normaux demeurent bien assurables. Les assureurs continuent d'innover dans le cadre des produits d'assurance et essaient de repousser les limites des risques assurables.

Bien qu'il ait des risques assurables et non assurables au sein de l'entreprise, ils doivent quand même être tous couverts car l'objectif est de traiter l'ensemble de ses risques. Il convient maintenant de voir les techniques utilisées pour la couverture des risques de l'entreprise.

La responsabilité civile des mandataires sociaux

- **Les mandataires sociaux doivent-ils souscrire une responsabilité civile particulière ?**

Aux termes de l'article L.225-251 alinéa 1er du Code de Commerce : « Les administrateurs et le directeur général sont responsables, individuellement ou solidairement selon le cas, envers la société ou envers les tiers, soit des infractions aux dispositions législatives ou réglementaires applicables aux sociétés anonymes, soit des violations des statuts, soit des fautes commises dans leur gestion... »

Les membres des organes de direction d'une société assument une responsabilité légale pour leurs erreurs et omissions. En d'autres termes, ils engagent leur responsabilité civile personnelle ; leurs biens propres peuvent, par conséquent, être la cible d'actions en justice :

- La responsabilité est contractuelle quand elle sanctionne entre les parties l'inexécution d'une obligation née d'un contrat.
- La responsabilité est délictuelle, ou extracontractuelle dans tous les autres cas.

Les dommages peuvent être matériels, corporels (atteinte à l'intégrité physique du corps) ou moraux (douleur par exemple). Les principaux cas de mise en cause sont : l'utilisation des fonctions à des fins personnelles et non dans l'intérêt de la société (abus de biens sociaux) ; la fausse déclaration ou la mauvaise communication financière ; l'imprudence, la négligence, l'imprévoyance dans la gestion du patrimoine social ; l'absence fautive ou le défaut de surveillance (contrôle interne).

Les moyens de mises en cause des mandataires sociaux regroupent : la demande amiable écrite faite par tout tiers ; la procédure civile ou pénale ; la procédure ou enquête faite par une

autorité, administrative ou de contrôle (AMF) ; la procédure arbitrale.

- **Quelle couverture assurance proposer aux mandataires sociaux ?**

Les mandataires sociaux peuvent bien entendu s'assurer.

Les garanties portent sur :

- les frais de défense (au Civil et au Pénal) : les frais et dépenses encourus par un assuré pour sa défense ;
- les dommages et intérêts (au Civil uniquement) : les règlements et dus légalement et personnellement suite à une réclamation ;
- les frais d'enquête et d'expertise ;
- les frais de comparution : les frais et dépenses nécessaires et raisonnables encourus à titre personnel suite à toute enquête officielle.

Les assurés peuvent être :

- les personnes physiques qui exercent des fonctions de direction, de gestion ou de supervision au sein d'une société (y compris ses filiales et entités extérieures) en tant que dirigeants de droit ou dirigeants de fait (passé, présent, futur) ;
- les préposés de la société lorsqu'ils sont mis en cause conjointement à un dirigeant ou lorsqu'ils sont mis en cause dans le cadre d'une réclamation liée aux rapports sociaux ;
- la société, personne morale, dans le cadre de toute réclamation liée aux valeurs mobilières.

- **Quelles sont les exclusions ?**

Par ailleurs, les exclusions concernent :

- les fautes intentionnelles, ou relatives à des rémunérations ou profits personnels illégaux ;
- les procédures ou faits déjà en cours ou connus, de la société à la prise d'effet du contrat ;
- les réclamations visant la réparation directe d'un dommage

corporel ou matériel;

- les réclamations basées sur une pollution (mais pas les « dérivatives actions » en découlant) ;
- les réclamations par la société ou un assuré à l'encontre d'un autre salarié ;
- les réclamations en relation avec la gestion des fonds de pension ;
- les réclamations visant les impôts et taxes.

Le contrat d'assurance est souscrit par la maison-mère pour le compte de ses dirigeants et ceux de ses filiales. La prime du contrat d'assurance est payée par la société (elle n'est pas considérée comme un avantage en nature). Pas de franchise applicable aux assurés qui sont des personnes physiques, la franchise est alors supportée par la société.

Notons, en outre, que les contrats d'assurance prévoient généralement un déclenchement de la garantie par la réclamation.

Il existe, enfin des limites territoriales :

Selon les contrats d'assurance, les garanties s'appliquent pour les activités exercées seulement en France ou dans le monde entier. Les Etats-Unis et le Canada notamment sont souvent exclus du champ d'intervention des garanties mais il s'agit d'une exclusion qui peut faire l'objet d'une extension comme pour tout autre pays exclu. D'une façon générale, les règles de droit applicables aux contrats sont celles du droit français.

- **Quel est le champ d'application de la couverture RCMS ?**

Pour ce qui est du champ d'application matériel de la police d'assurance, la plupart des contrats indiquent couvrir la faute professionnelle ou faute de direction. Ces dernières renvoient, de manière générale, à un fait génératrice né à l'occasion et du fait de l'exercice des fonctions dirigeantes, et non en dehors, dans le cadre de la vie privée du dirigeant.

À titre d'exemple, nous pouvons citer la définition de la faute professionnelle figurant au contrat RCMS proposé par AIG Europe qui correspond à « tout manquement des dirigeants de droit ou de fait aux obligations légales, réglementaires ou statutaires de dirigeants et/ou toute faute de gestion commise par imprudence, négligence, omission, erreur ou déclaration inexacte et en général tout acte fautif ». À la lecture de cette stipulation, il est permis de déduire que les hypothèses de responsabilité évoquées supra, qu'elles soient de nature contractuelle ou délictuelle, sont couvertes par l'assurance. Certaines polices vont même jusqu'à étendre leur application à un type de faute assez original : les fautes liées aux relations sociales dans la société.

Le contrat RCMS proposé par Generali, par exemple, entend ainsi couvrir « toute discrimination raciale, sociale, liée au sexe, politique ou religieuse, toute forme de harcèlement sexuel ou moral, toute violation du droit du travail, notamment tout licenciement abusif, entrave aux opportunités de carrière ou sanction disciplinaire abusive ». La stipulation d'une telle garantie peut choquer et alimenter le débat sur la déresponsabilisation des dirigeants que nous envisagerons infra.

Bien évidemment, l'assurance permet l'indemnisation, dès lors que le dirigeant s'est rendu responsable de tels agissements, de l'ensemble des conséquences pécuniaires du dommage subi.

- **Est-ce que les frais de défense sont pris en compte ?**

Les contrats RCMS comprennent généralement une clause dite de « défense-recours » par laquelle l'assureur s'engage à assumer la charge de la défense au procès de responsabilité civile où son assuré est défendeur. Certaines polices étendent le bénéfice de cette clause aux cas où la responsabilité pénale du dirigeant est engagée du fait d'une faute professionnelle. Cela correspond en pratique aux cas où l'éventuelle condamnation pénale de l'assuré a une incidence sur l'étendue de la responsabilité civile encourue ou encore lorsque les victimes se sont constituées parties civiles dans

le cadre du procès pénal.

Les frais de défense correspondent concrètement aux frais, honoraires et dépenses raisonnables qu'un assuré encourt pour sa défense suite à une réclamation introduite à son encontre. Ce sont par exemple les honoraires d'avocat, les frais d'enquête d'expertise, de justice ou encore d'arbitrage. Sont en revanche exclus la prise en charge de toute caution destinée à garantir soit la représentation d'un assuré soit le paiement de sommes d'argent auxquelles il pourrait être condamné, dans le cadre d'une procédure pénale. La garantie proposée par les contrats d'assurance des dirigeants sociaux a, par conséquent, un vaste champ d'application car elle n'opère, comme nous l'avons vu, aucune distinction entre le type de responsabilité civile en cause, et couvre donc l'assuré dans ses fautes contractuelles et délictuelles, ni selon la qualité des victimes, ce qui ne peut qu'assurer à ces dernières de meilleures chances d'indemnisation.

En outre, une couverture totale du litige est assurée puisque tant les indemnités que les frais engagés sont garantis. Il faut se féliciter de cet état de fait car l'exclusion de la responsabilité contractuelle des dirigeants sociaux, et par là même de l'action de la société et/ou de ses associés, aurait pu faire relancer le débat sur la nature de la responsabilité des dirigeants, et conduire à réduire la portée de ce contrat.

- **Luc est dirigeant d'une association et il aimerait souscrire un contrat d'assurance responsabilité civile.**

Il faut bien garder à l'esprit que ce ne sont pas les dirigeants sociaux qui souscrivent mais l'entreprise ou l'association, pour le compte et au profit de ses dirigeants exerçant un mandat social. En cas de groupe de sociétés, l'assurance est souscrite par la société mère.

L'assurance souscrite par la société mère couvre, outre ses propres dirigeants, ceux de ses filiales mais la garantie ne joue que pour les seuls mandats qu'ils y exercent.

- **Luc s'interroge : est-ce que cette assurance peut couvrir le président de ladite association même s'il est bénévole ?**

Bien entendu, il est important de relever que la police RCMS peut être souscrite par une association, en vue de garantir ses dirigeants salariés ou bénévoles, dans les mêmes conditions qu'une société commerciale.

- **Luc se demande si les dirigeants à venir seront eux aussi couverts ou bien faut-il souscrire un autre contrat ?**

L'assurance couvre les dirigeants passés, présents ou futurs, lors de toute faute réelle ou supposée commise dans l'exercice de leur fonction de dirigeant.

La démission, la révocation, la non réélection :

Sont assurés les dirigeants sociaux dont le mandat expire pendant la période de garantie du contrat de responsabilité.

Jusqu'à la date d'expiration du contrat d'assurance, ces dirigeants conservent leur qualité d'assurés pour les réclamations survenant après la cessation de leur fonction, et se rapportant à des faits ou actes survenus pendant l'exercice de leur mandat.

Le décès :

En cas de décès d'un dirigeant social assuré, les héritiers bénéficient de la garantie. En leur qualité de successeurs, les héritiers peuvent être poursuivis au titre du passif dont le dirigeant social décédé serait redevable.

Le dirigeant de fait :

Si les dirigeants assurés ne sont pas formellement désignés dans le contrat d'assurance, il convient de vérifier si la responsabilité du dirigeant de fait est effectivement garantie.

La fusion absorption :

En cas de fusion absorption, la garantie s'applique à la responsabilité civile des dirigeants sociaux de l'entreprise absorbée ou rachetée pour les actes accomplis après l'acquisition ou la fusion.

A l'inverse, lorsque l'entreprise qui a souscrit le contrat d'assurance fait l'objet d'un rachat ou d'une absorption, la garantie s'applique pour les actes accomplis avant l'acquisition ou la fusion.

- **Guillaume est président d'une SAS. Il aimerait savoir s'il peut assurer la société elle-même ?**

Tout à fait, dans le cadre de l'assurance responsabilité civile, les assurés peuvent être aussi bien personne physique ou personne morale.

De plus, ce sera l'entreprise qui payera la cotisation d'assurance. Son montant varie notamment en fonction de l'importance du bilan, de l'activité exercée, de l'environnement et des ramifications de la société, des montants des garanties, des implantations géographiques des activités de la société.

Notez, toutefois, qu'en cas d'assurance visant une personne morale comme la SAS de Guillaume, ladite assurance ne couvrira que les réclamations liées aux valeurs mobilières.

- **Guillaume vous parle de sa SAS et de son amie, Joëlle, qui y intervient régulièrement. Elle a d'ailleurs conclu pour eux un bail commercial et gère tout ce qui est ressources humaines. Sera-t-elle couverte par l'assurance dont on vient de parler ?**

Le cas de Joëlle est intéressant car selon la description des tâches qu'en fait Guillaume, il semblerait qu'il s'agisse d'une gestion de fait de la société. En effet, Joëlle semble intervenir régulièrement dans de grandes décisions liées à la vie de la société : la conclusion du bail, la question du recrutement et/ou des licenciements.

Aussi, si on en conclut que Joëlle est donc dirigeant de fait de la SAS, elle pourra être couverte par l'assurance responsabilité civile.

- **Quelle couverture assurance proposer aux mandataires sociaux ?**

Les dirigeants sociaux sont couverts contre les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile qu'ils peuvent encourir à l'égard des tiers dans l'exercice de leurs fonctions.

Les garanties portent sur :

- les frais de défense (au Civil et au Pénal) : les frais et dépenses encourus par un assuré pour sa défense ;
- les dommages et intérêts (au Civil uniquement) : les règlements et dus légalement et personnellement suite à une réclamation ;
- les frais d'enquête et d'expertise ;
- les frais de comparution : les frais et dépenses nécessaires et raisonnables encourus à titre personnel suite à toute enquête officielle.

Sont exclus du champ du contrat d'assurance les fautes antérieures à sa souscription, les fautes intentionnelles, les dommages corporels ou matériels.

- **Votre client Guillaume, Président de la SAS, est à présent dans l'embarras. Une enquête le concerne, il va devoir prendre un avocat.**

Pour rappel, Guillaume est un mandataire social de par son rôle dans sa SAS. A ce titre, il est assuré pour tout ce qui est frais de défense et frais de comparution. Les frais engendrés par la défense de son avocat seront donc pris en charge, dans la limite du raisonnable bien entendu.

De plus, précisons qu'en cas de condamnation au civil, les dommages et intérêts qui pourront être versé seront également pris en charge par ladite assurance.

- **Philippe est dirigeant d'une société en pleine expansion. Il a souscrit un contrat d'assurance responsabilité civile du mandataire social. Mais comme il prévoit d'ouvrir deux filiales, ils se demande s'il sera également couvert pour celles-ci ?**

L'assurance RCMS peut être souscrite dans le cadre d'un groupe de sociétés par une mère par exemple, afin d'en faire profiter les dirigeants de sa ou ses filiale(s). Il faut donc déterminer, au moment de la conclusion du contrat, si le souscripteur entend limiter la garantie aux seules activités de ses dirigeants en son sein ou si, dans la mesure où il exerce un contrôle sur d'autres sociétés, il entend faire bénéficier ses dirigeants à l'occasion des mandats exercés par eux dans ces autres sociétés.

Nous ignorons ici si ce fut le cas de Philippe.

Précisons, toutefois que la notion de contrôle doit ici être entendue largement, au sens de l'article L.233-2 du Code de commerce comme comprenant d'une part le contrôle de droit, visant la situation dans laquelle la société souscriptrice détient directement ou indirectement une fraction du capital d'autres sociétés lui conférant la majorité des droits de vote dans les assemblées. D'autre part, est également visé le contrôle conjoint dans le cadre duquel la société souscriptrice dispose seule de la majorité des

droits de vote dans une autre société en vertu d'un accord conclu avec d'autres actionnaires non contraire à l'intérêt de la société. Enfin, le contrôle de fait doit lui aussi être pris en compte sachant qu'il concerne le cas où la société souscriptrice exerce un pouvoir de décision par les droits de vote dont elle dispose dans les assemblées générales d'une autre société. Ce dernier type de contrôle existe notamment lorsque la société souscriptrice possède dans une autre société, directement ou indirectement une fraction de droits de vote supérieure à 40% et qu'aucun autre associé ou actionnaire ne détient directement ou indirectement une fraction supérieure à celle-ci.

- **Philippe vous explique qu'il s'agira de sociétés faisant l'objet d'un contrôle de droit.**

En présence de sociétés faisant l'objet d'un contrôle de droit, le contrat RCMS souscrit par la mère pourra bénéficier tant à ses propres dirigeants sociaux, qu'ils soient détachés dans les autres sociétés du groupe ou non, qu'aux dirigeants sociaux de ces dernières. Tout dépendra de l'étendue que la souscriptrice entend donner à son engagement de supporter le poids de la garantie, dans les conditions vues supra. En revanche, la situation est quelque peu différente en présence de contrôles conjoints ou a fortiori de contrôles de fait. Au-delà du fait que ces prises de participations ne traduisent que des liens financiers ténus avec la société souscriptrice, cette dernière court surtout le risque que son dirigeant détaché se voit condamner in solidum avec les autres mandataires sociaux de la société contrôlée conjointement ou de fait.

- **Florence est vice-présidente d'une association. Elle vient d'être informée que la présidente élue venait de décéder. Florence va donc la remplacer dans son mandat, mais est-elle bien assurée ?**

Nous en avons parlé, la jurisprudence notamment entend de manière très large les titulaires de mandats sociaux.

En cas de décès du dirigeant social assuré, la plupart des contrats étendent la garantie à ses héritiers, ceux-ci étant susceptibles d'être poursuivis en leur qualité de successeurs au passif. Certains contrats vont même plus loin en étendant également la garantie aux conjoints, concubins, et partenaires liés par un pacte civil de solidarité aux assurés, dès lors que la réclamation en cause vise à obtenir réparation sur les biens communs ou indivis.

- **Georges est actionnaire d'une société. Il estime avoir subi un préjudice du fait de l'action du dirigeant en place. Peut-il agir en justice ?**

Les actionnaires peuvent subir un préjudice du fait de l'action du dirigeant. Les règles classiques de la responsabilité civile ont vocation à s'appliquer en la matière : dès lors que l'actionnaire a subi un préjudice direct, personnel, distinct de celui de la société, il est fondé à engager une action personnelle contre le dirigeant. Les indemnités d'assurance perçues seront alors intégrées dans leur patrimoine personnel. Toutefois, dans de nombreux cas, le préjudice subi par les actionnaires est constitué par une baisse de valeur de leurs titres ou une occasion manquée d'augmenter le montant de leur participation. Dans un tel cas de figure, leur préjudice n'est pas distinct de celui qui a été subi par la société. Ils ne peuvent alors agir pour leur compte propre et doivent, s'ils désirent voir engagée la responsabilité civile du ou des dirigeants fautifs, exercer une action sociale ut singuli, c'est-à-dire au nom de la société. Les indemnités visant à réparer le préjudice subi par la société, car c'est bien de ce dernier qu'il s'agit, seront inscrites à l'actif de celle-ci, les actionnaires n'en tirant alors aucun profit direct.

D'ailleurs, nous pouvons ajouter que les tiers à la société qui ont subi un préjudice du fait de l'action des dirigeants peuvent également agir. C'est le cas des créanciers divers (fournisseurs, clients mais aussi l'Etat).

- **Est-ce que la société elle-même serait apte à agir en justice contre son dirigeant ?**

La société peut avoir subi un préjudice du fait des agissements de l'un ou de plusieurs de ses dirigeants. Dans ce cas, ce sont ses organes qui vont engager l'action sociale ut universi en vue d'obtenir une indemnisation. Bien entendu, en pratique, dans une logique évidente de paix sociale au sein de l'entreprise, cette action s'engage le plus souvent contre des dirigeants qui ont quitté la structure et qui voient leur responsabilité engagée pour des actes passés.

- **Quelle est la durée de la garantie RCMS ?**

Très logiquement, la garantie RCMS va s'appliquer aux réclamations notifiées à l'assuré pendant la période de validité du contrat et pour des faits ou omissions accomplis pendant cette même période. Notons que ce contrat d'assurance est généralement conclu à durée déterminée, de nombreux assureurs permettant son renouvellement par tacite reconduction.

En outre, conformément à la formulation traditionnelle en matière d'assurance de responsabilité civile, la garantie sera également acquise aux réclamations présentées pendant la période de validité du contrat, mais se rapportant à une date antérieure à la date d'effet de celui-ci, à la condition qu'il s'agisse de faits dont l'assuré n'avait pas connaissance au moment de la conclusion du contrat. Un minimum de bonne foi est donc attendu dans les relations précontractuelles de l'assureur, du souscripteur et du bénéficiaire de la garantie, en vertu de l'article 1134 alinéa 3 du C.Civ. selon lequel les conventions « doivent être exécutées de bonne foi ».

Enfin, malgré l'expiration ou la résiliation du contrat d'assurance, l'assuré bénéficie d'une garantie pour les actes dommageables ayant eu lieu précédemment, à condition que la réclamation soit présentée à l'assureur entre la date de prise d'effet de la garantie et un délai subséquent de 5 ans. Cette situation est souvent qualifiée de « garantie subséquente ».

- **Que se passe-t-il quand une société souscriptrice rachète une autre société ou si elle fusionne avec ?**

Conformément aux principes généraux applicables à la fusion de sociétés, lorsque la société souscriptrice ou une filiale à laquelle le contrat RCMS a été étendu, rachète une autre entreprise et l'absorbe, la garantie s'applique à la responsabilité civile des dirigeants sociaux de l'entreprise rachetée ou absorbée pour les actes accomplis postérieurement à l'opération de fusion. Au contraire, lorsque la cible du rachat ou de l'absorption se trouve être la société souscriptrice ou l'une de ses filiales, la garantie ne s'appliquera à la responsabilité civile des dirigeants sociaux de l'entreprise rachetée ou absorbée que pour les actes accomplis avant cette acquisition ou cette fusion.

- **Dans le cas de la RCMS, une évaluation des risques doit-elle être réalisée ?**

Afin de pouvoir souscrire un contrat RCMS, les sociétés sont dans l'obligation de fournir un descriptif de leur situation financière, de leur gestion, et plus largement des risques qu'elles encourent. C'est ensuite au vu de cette déclaration que la compagnie d'assurance acceptera ou non, le cas échéant à quelle hauteur, de garantir les fonctions dirigeantes et qu'elle déterminera le coût de ce service rendu à la société souscriptrice.

- **Comment réaliser cette analyse de risques ?**

Cette analyse des risques va se diviser en un examen de la situation financière du souscripteur, comme dans la plupart des contrats d'assurance où la compagnie s'assure des capacités et des risques encourus par son contractant potentiel, et en une étude approfondie de la gestion passée et envisagée pour le futur de cette société souscriptrice. Cette dernière a d'ailleurs une obligation de transparence au moment de la conclusion du contrat qui va se poursuivre lors de son exécution.

- **Comment réaliser un examen de la situation financière ?**

Très classiquement, cet examen va prendre la forme d'une analyse approfondie des états financiers de la structure que la compagnie d'assurance envisage de garantir. Afin d'être complète et de donner des informations significatives, cette analyse passe par une étude des bilans et compte de résultats sur les deux ou trois dernières années, afin de pouvoir établir des points de comparaison. Des ratios comptables et financiers seront ainsi calculés en fonction du contexte économique dans lequel évolue la société. Les assureurs s'attachent ainsi, entre autres, au ratio de liquidité immédiat, entendu comme la capacité de remboursement immédiat des dettes à court terme en mobilisant uniquement ses liquidités, à la rentabilité des capitaux investis, aussi dénommé « Return on Assets » ou encore « ROA ». Ce dernier indicateur se calcule en divisant le bénéfice avant intérêts des emprunts et après impôt par la somme des capitaux propres et des dettes financières (autrement dit la somme des passifs de « haut de bilan ») et exprime la capacité des capitaux investis à créer un certain niveau de bénéfice avant endettement. Les assureurs tiennent enfin compte de la marge commerciale nette, définie comme étant le rapport de la marge commerciale, c'est-à-dire de la différence entre le montant des ventes de marchandises et leur coût d'achat, rapportée au chiffre d'affaires hors taxes. La cotation en Bourse de la société, qu'elle ait eu lieu ou soit simplement envisagée, devra également

être prise en compte, car elle peut augmenter les risques encourus, notamment du fait de la possible médiatisation des dirigeants et du développement croissant de la réglementation boursière.

- **Comment réaliser une étude de gestion de la société souscriptrice ?**

L'analyse de la gestion de la société souscriptrice passe par un examen de la structure et des méthodes de gestion mais aussi d'une analyse de la répartition des pouvoirs entre les associés, de la diversité des activités et des marchés couverts, de ses relations commerciales, tant en amont avec ses fournisseurs, qu'en aval avec sa clientèle. A ce stade, l'étude du positionnement de la société par rapport à ses concurrents, notamment au regard de ses parts de marché, est primordiale, pour déterminer l'étendue des risques encourus. Enfin, les mesures essentielles qui ont été prises durant les dernières années précédant la souscription de la police doivent être communiquées. Entrent dans cette catégorie : la diversification de l'activité lorsque l'entreprise s'attaque à de nouveaux marchés, la décentralisation, la délocalisation, les acquisitions ou encore les restructurations. Le fait que ces mesures soient envisagées dans un futur plus ou moins proche doit de même être déclaré. Notons que cette analyse doit se poursuivre tout au long de la vie de la convention, certaines compagnies d'assurance l'élevant au rang de condition sine qua non du renouvellement du contrat, souscrit dans ce cas pour une durée ferme sans tacite reconduction.

- **Exemple de questionnaire d'informations à soumettre à la société souscriptrice**

SOUSCRIPTEUR

Dénomination sociale : Forme juridique :

Adresse du siège social : Ville :

Code Postal : N° SIRET :

Date de création : Code NAF :

Activité principale : Nombre de salariés :

Objet social : Clientèle (dont clients représentant plus de 10% du CA) :

FILIALES

Des actionnaires ou associés du souscripteur, d'une de ses filiales ou entités extérieures sont-ils de nationalité canadienne, ou américaine (USA) ?

Oui Non

Si oui, précisez les sociétés concernées :

Liste complète des filiales françaises et étrangères et de toute participation détenue directement ou indirectement, par l'intermédiaire d'une ou plusieurs filiales :

Joindre un tableau récapitulatif à jour

Dénomination sociale et forme juridique	Pays	Pourcentages		Objet social
		Capital social	Droit de vote	

Joindre un organigramme à jour. Si le souscripteur détient, directement ou indirectement, des filiales situées aux Etats-Unis et au Canada, merci de remplir le complément au questionnaire joint.

CAPITAL SOCIAL
Composition du capital social du souscripteur

Nombre de parts ou d'actions :

Nombre d'associés ou d'actionnaires :

Nombre de parts ou d'actions appartenant aux dirigeants et mandataires sociaux :

Age des dirigeants si le souscripteur est une société familiale :

Identité des associés ou actionnaires détenant, directement ou indirectement, seuls ou de concert, plus de 5 % du capital social ou des droits de vote du souscripteur :

Actionnaires ou associés	Pourcentages	
	Capital social	Droit de vote

Augmentation de capital social :

Une augmentation du capital social du souscripteur ou de l'une de ses filiales a-t-elle été réalisée au cours des 18 derniers mois ? Oui Non

Envisagent-elles de faire ou ont-elles connaissance d'un tel projet ? Oui Non

Si oui, précisez :

Cotation sur un marché organisé ou inscription sur un marché hors cote :

Le souscripteur ou l'une de ses filiales est-elle cotée sur un marché ou est-elle inscrite sur un marché hors cote ? Oui Non

Envisagent-ils de le faire ? Oui Non

Si oui, précisez :

• La société concernée :

• Le lieu et la date d'introduction ou d'inscription :

• Le nombre d'actions cotées ou négociées :

OPÉRATIONS OU EVENEMENTS MARQUANTS**L'une des opérations suivantes a-t-elle été réalisée au cours des 18 derniers mois :**

Création(s) de société ? Oui Non

Si oui, précisez :

Acquisition(s) de titres ou d'actifs ? Oui Non

Si oui, précisez :

Fusion(s) de sociétés ? Oui Non

Si oui, précisez :

Cession(s) de titres ou d'actifs ? Oui Non

Si oui, précisez :

Opération liée à une procédure collective (procédure de règlement amiable, suspension provisoire des poursuites, ouverture d'une procédure collective, liquidation ou redressement judiciaire) ? Oui Non

Précisez si cette opération concerne le souscripteur ou ses filiales :

Si oui, précisez :

Tout autre événement susceptible d'avoir une incidence significative sur la situation économique du souscripteur et ses filiales :

Précisez :

Des projets visant à la réalisation de l'une des opérations précitées sont-ils en cours ? Oui Non

Si oui, précisez :

Y a-t-il eu démission ou révocation au niveau du souscripteur et de ses filiales :

• de dirigeants et mandataires sociaux lors des 3 derniers exercices ? Oui Non

Si oui, précisez :

• de commissaire aux comptes lors des 6 derniers exercices ? Oui Non

Si oui, précisez :

Les commissaires aux comptes ont-ils formulé des réserves sur les comptes du souscripteur et de ses filiales soumis à leur certification ?

Oui Non

ANTECEDENTS**Assurance**

Le souscripteur, l'une de ses filiales ou, à votre connaissance, l'une de ses participations, a-t-elle déjà souscrit une assurance Responsabilité Civile des Mandataires Sociaux ? Oui Non

Si oui, précisez :

- Le nom de l'assureur :
- Les montants de garantie, franchise, prime :
- La date d'échéance :
- En cas de résiliation, les motifs de résiliation :

Réclamation(s)

Des réclamations ont-elles été introduites à l'encontre de certains des dirigeants et mandataires sociaux du souscripteur, de l'une de ses filiales, ou, à votre connaissance, à l'encontre des dirigeants et mandataires sociaux d'une participation ? Oui Non

Si oui, précisez :

- La date de la réclamation :
- La nature de la réclamation :
- Le montant des dommages-intérêts réclamés et payés en indiquant la nature de la décision fixant ce montant :

Déclaration

Le souscripteur, l'une de ses filiales, ou leurs dirigeants et mandataires sociaux ont-ils connaissance de faute(s), fait(s) ou circonstance(s) susceptible(s) de donner lieu à une réclamation au titre d'un contrat d'assurance Responsabilité Civile des dirigeants et mandataires sociaux ? Oui Non

Si oui, précisez :

DOCUMENTS A JOINDRE

- Les derniers comptes sociaux complets (comportant bilan, compte de résultat et annexes), consolidés (ou, à défaut, ceux du souscripteur et de ses filiales) accompagnés du rapport des commissaires aux comptes
- Le dernier rapport de gestion du Conseil d'administration
- Un organigramme à jour détaillé
- Un tableau récapitulatif reprenant l'ensemble des filiales françaises et étrangères

NB : « Si oui, précisez » : joindre, le cas échéant, les précisions correspondantes en annexe

INFORMATIQUE ET LIBERTES

Je reconnais avoir été informé(e) conformément à l'article 27 de la Loi du 6 janvier 1978 du caractère obligatoire des réponses aux questions posées ci-dessus, ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues aux articles L. 113-8 (nullité du contrat) et L. 113-9 (réduction des indemnités) du Code des assurances.

J'autorise l'assureur à communiquer mes réponses à ses correspondants dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion et à l'exécution du contrat.

Je l'autorise également à utiliser mes réponses dans la mesure où elles sont nécessaires à la gestion et à l'exécution des autres contrats souscrits auprès de lui.

Je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès du correspondant du service clientèle pour toute information me concernant.

Toute omission, toute déclaration fausse ou inexacte pourrait entraîner la nullité du contrat ou vous exposer à supporter la charge de tout ou partie des indemnités dans les conditions prévues par les articles L. 112-3, L. 113-8 et L. 113-9 du Code des assurances.

SIGNATURE

Je soussigné, certifie que toutes les réponses faites au présent questionnaire sont à ma connaissance sincères et exactes

Fait à : Le :

Signature :

Les risques industriels

• Qu'est-ce qu'un risque industriel ?

Le risque industriel est défini comme un évènement accidentel se produisant sur un site industriel mettant en jeu des produits et/ou des procédés dangereux et entraînant des conséquences immédiates graves pour le personnel, les riverains, les biens et l'environnement. Afin d'en limiter la survenue et les conséquences, les établissements les plus dangereux sont soumis à une réglementation particulière (classement des installations) et à des contrôles réguliers. Néanmoins, ce n'est pas parce qu'un site n'est pas classé qu'il ne présente pas de danger.

Ses principales manifestations sont :

- l'incendie dû à l'ignition de combustibles par une flamme ou un point chaud (risque d'intoxication, d'asphyxie et de brûlures),
- l'explosion due au mélange combustible / comburant (air) avec libération brutale de gaz (risque de décès, de brûlures, de traumatismes directs par l'onde de choc...),
- la pollution et la dispersion de substances toxiques, dans l'air, l'eau ou le sol, de produits dangereux avec une toxicité pour l'homme par inhalation, ingestion ou contact.

Ces différents phénomènes peuvent être associés.

• Quelle est la législation en vigueur en la matière ?

Trois lois régissent le secteur du risque industriel.

Les voici présentées succinctement :

- **La loi du 19 juillet 1976** régule toute activité industrielle générant des nuisances à l'environnement.
- **La loi du 10 mai 2000** retranscrit les directives européennes SEVESO et encadre les installations classées utilisant des substances ou préparations dangereuses.
- **La loi du 30 juillet 2003** vise les établissements industriels à haut

risque relevant de la directive Seveso 2, qui doivent réaliser et mettre à jour une étude de dangers qui quantifie les risques et justifie les mesures de réduction de ces risques prises par le chef d'établissement exploitant les installations dangereuses.

- **Comment est abordé le risque industriel en assurance ?**

Nous venons de le voir, le risque industriel est défini comme un évènement accidentel se produisant sur un site industriel mettant en jeu des produits et/ou des procédés dangereux et entraînant des conséquences immédiates graves pour le personnel, les riverains, les biens et l'environnement.

L'assurance garantit l'entreprise contre les conséquences financières lourdes que peuvent avoir un accident industriel.

Les différents volets d'assurance touchent :

- aux bâtiments
- aux contenus : matériaux stockés, agencements, mobilier et matériel, marchandises
- Recours des voisins et des tiers
- aux produits dangereux
- aux machines (bris de machines)
- aux risques annexes (risques locatifs)
- aux frais et pertes divers (frais de démolition, déblais, de décontamination, de remise en conformité, privation de jouissance, perte de loyers)
- aux Supports d'informations (moules, modèles, dessins, archives...)
- Dommages électriques aux appareils
- Investissements automatiques et engagement éventuel
- Honoraires d'expert
- Vol / Vandalisme / Détériorations immobilières (consécutives à un vol ou à une tentative de vol)
- Pertes indirectes forfaitaires
- Effondrement
- Bris de glace

- Bris de machines (valeur du parc si garantie en premier risque)
- Bris d'enseigne
- Dégât des eaux, gel
- Matériel informatiques de gestion et bureautique
- Coulage – perte de liquides
- Inondation (hors catastrophe naturelles)
- Perte d'exploitation (montant de la marge brute)

Les industries les plus à risques sont:

- Les industries chimiques qui produisent des produits chimiques de base, des produits destinés à l'agroalimentaire (notamment les engrais), des produits pharmaceutiques et de consommation courante (eau de javel, etc.) ;
- Les industries pétrochimiques qui produisent l'ensemble des produits dérivés du pétrole (essences, goudrons, gaz de pétrole liquéfié)

- **Dans quelle mesure ces risques peuvent être qualifiés de majeurs ?**

Ces risques industriels sont qualifiés de « risques majeurs » quand ils sont caractérisés par une probabilité faible et une gravité importante. Cette notion de « risques majeurs » ne concerne que les risques environnementaux.

On peut les regrouper en deux catégories :

- **Risques naturels** : avalanches, feux de forêt, inondations, mouvements de terrain, cyclones, séismes, éruptions volcaniques...
- **Risques technologiques** : risques de nature industrielle, nucléaires, liés à la radioactivité, aux transports de matières dangereuses (par voie maritime, terrestre ou fluviale), aux exploitations minières et souterraines ou encore liés à la rupture de barrages. Ils sont engendrés par l'activité humaine. Ils pèsent sur l'environnement considéré dans son acception la plus large (pollution de l'air, environnement du travail, pollution des sols...).

• Peut-on les prévenir ?

La prévention des risques industriels, qu'ils soient professionnels ou environnementaux, s'appuie sur les principales notions suivantes : danger, risque, accident ou dommage.

La définition du risque au sens du Code du travail et du Code de l'environnement est similaire. La notion d'exposition d'une cible à un danger y est intégrée. Les deux codes exigent que soit menée une évaluation des risques, laquelle va reposer sur une identification des dangers puis une analyse détaillée des conditions d'exposition aux dangers.

Le tableau ci-dessous synthétise les trois principales définitions de danger, risque et accident ou dommage et donne quelques exemples.

TERMINOLOGIE UTILISÉE EN PRÉVENTION DES RISQUES		
DÉFINITIONS		EXEMPLES
Danger	Propriété intrinsèque des produits, des équipements, des procédés... pouvant entraîner un dommage.	<ul style="list-style-type: none"> - Substance volatile, inflammable, toxique, corrosive, explosive... - Système technique sous pression ou températures élevées - Masse des charges (levage, déplacement...) - <u>Micro-organisme à caractère infectieux</u>
Risque	<p>Exposition d'une cible (salarié, entreprise, environnement y compris la population...) à un danger.</p> <p>Le risque est caractérisé par la combinaison de la probabilité d'occurrence d'un événement redouté (accident) et de la gravité de ses conséquences.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Un salarié manipulant un produit chimique volatil est exposé à un risque par inhalation. - Une installation utilisant ce produit chimique est exposée à un risque d'incendie. - Un cours d'eau proche de l'installation est exposé à un risque de pollution, et le village avoisinant peut subir les effets d'un nuage毒ique dégagé par l'incendie.
Accident Dommage	Conséquences négatives d'un phénomène dangereux.	<ul style="list-style-type: none"> - L'inhalation de vapeurs de solvants peut entraîner une irritation des voies aériennes supérieures (bouche, nez, pharynx, larynx). - L'incendie peut provoquer des atteintes aux personnes, aux biens et à l'environnement.

Source : www.inrs.fr

- **Comment bien maîtriser la prévention des risques industriels ?**

La prévention des risques et la protection des populations nécessitent que soient prises des mesures collectives et individuelles.

La prévention passe tout d'abord par la formation des opérateurs à la conduite des opérations.

Ceci concerne :

- le fonctionnement normal,
- les consignes de sécurité à appliquer,
- le fonctionnement anormal ou les dérives possibles,
- les exercices,
- les premières actions à mener en cas d'accident (mise en sécurité de l'installation et du personnel).

Mais la prévention passe aussi par une bonne conception et un bon entretien des installations ainsi que par l'adoption de mesures techniques de sécurité qui agissent sur les deux composantes du risque en visant à :

- diminuer la probabilité d'occurrence,
- réduire la gravité de ses effets.

Les mesures de sécurité vont se répartir entre ces deux objectifs.

On peut distinguer:

- celles qui visent à prévenir, détecter et corriger toute dérive avant que survienne un accident (par exemple un détecteur déclenchera une alarme et un arrêt d'urgence),
- de celles qui visent à intervenir dès l'apparition de l'accident pour le maîtriser et éviter qu'il ne prenne de l'ampleur (par exemple, arrêt rapide d'une fuite, extinction d'un début d'incendie, etc...).

On peut aussi distinguer les mesures de sécurité par leur mode d'action :

- **Sécurités passives :**

Elles agissent par leur seule présence, sans intervention humaine ni besoin d'énergie (un bâtiment de confinement ou une cuvette de rétention).

– Sécurités actives :

Elles nécessitent une action automatique ou humaine et le plus souvent une énergie pour remplir leur rôle (une vanne, par exemple, nécessite une action pour se refermer). La sécurité d'une installation repose sur l'utilisation de ces deux modes d'action. Une préférence est donnée au mode passif quand il est techniquement possible. Des critères de qualité sont exigés pour le mode actif, notamment la tolérance à la première défaillance quand l'ampleur du risque le justifie : doublement de l'organe de sécurité (redondance).

- **Quel cadre réglementaire pour la prévention des risques industriels ?**

La prévention des risques industriels se fait à travers les législations relatives aux Installations Classées pour la Protection de l'Environnement du 19 juillet 1976 et à l'Organisation de la Sécurité Civile du 22 juillet 1987 qui ont intégré les dispositions de la Directive dite « SEVESO », notamment à travers l'étude des dangers et l'élaboration des plans d'intervention.

Les éléments de base de la maîtrise des risques sont l'étude d'impact et l'étude de dangers réalisées par l'industriel, qui s'appuie largement sur la connaissance technique approfondie de ses unités de production, mais aussi sur l'expérience, les enseignements tirés d'accidents passés, les recherches et études menées sur les installations et produits, tout en intégrant les exigences réglementaires.

- **Quelle est l'utilité de l'étude d'impact ?**

Les installations soumises à autorisation doivent faire l'objet d'une étude d'impact afin de quantifier et de réduire au maximum les pollutions chroniques et nuisances causées par le fonctionnement normal de l'installation.

On considère généralement que l'étude d'impact a deux fonctions essentielles. Elle est d'abord un outil juridique de préservation de

l'environnement, mais elle est aussi un outil technique de prise en compte des préoccupations d'environnement.

Cet outil répond à 3 objectifs :

- aider le maître d'ouvrage à concevoir un projet respectueux de l'environnement ;
- aider l'autorité compétente à prendre une décision d'autorisation ou d'approbation et à déterminer le cas échéant les conditions environnementales de son autorisation ;
- permettre au public concerné par la réalisation du projet d'être correctement informé, d'émettre un avis et favoriser ainsi un débat social sur les projets.

Ainsi, l'étude d'impact doit être accompagnée d'un résumé « non technique » .

L'étude d'impact présente successivement :

- une analyse de l'état initial du site et de son environnement ;
- une analyse des effets directs et indirects, temporaires et permanents de l'installation sur l'environnement et la santé ;
- les mesures envisagées pour supprimer, limiter et si possible compenser les inconvénients de l'installation, ainsi que l'estimation des dépenses correspondantes.

• Dans quels cas faire une étude de dangers ?

Les installations soumises à autorisation doivent également faire l'objet d'une étude de dangers qui doit permettre de déterminer les accidents susceptibles de se produire dans l'installation, d'en évaluer les conséquences, pour ensuite proposer des dispositions afin de prévenir ou maîtriser ces accidents potentiels.

Un même établissement comporte souvent plusieurs installations qui font l'objet d'études de dangers individuelles. Les informations qui y sont contenues doivent notamment permettre d'identifier les sources de risque, les scénarios d'accident envisageables et leurs effets sur les personnes et l'environnement.

Un guide méthodologique pour la réalisation d'une étude des

dangers d'une installation industrielle a été élaboré en 1995 par le ministère chargé de l'Environnement. Il précise notamment que pour chacun des scénarios envisagés, la nature et l'ampleur des conséquences qui en résulteraient sont à prendre en compte pour définir les grandes lignes d'une stratégie préventive et de lutte contre le sinistre.

Dans certains cas, cette étude des dangers réalisée par l'industriel est complétée, à la demande du préfet, par une analyse critique réalisée par un organisme tiers expert extérieur et indépendant. Plus d'une centaine d'analyses critiques sont ainsi réalisées chaque année.

Les études de dangers constituent la base indispensable pour l'établissement des Plans d'Opération Interne (POI) et des Plans Particuliers d'Intervention (PPI). Le POI, limité à l'intérieur de l'établissement et à son environnement immédiat, organise le premier niveau de secours.

Pour les accidents susceptibles de provoquer des conséquences à l'extérieur de l'enceinte de l'usine, la loi du 22 juillet 1987 relative à l'organisation de la sécurité civile, à la protection de la forêt contre l'incendie et la prévention des risques majeurs (cf. annexes) a défini le PPI, établi sous la responsabilité du Préfet.

La directive SEVESO II a introduit un certain nombre d'évolutions. L'étude de dangers doit être désormais réactualisée au moins tous les cinq ans. De même, les plans d'urgence (POI et PPI) doivent être testés et réexaminés tous les trois ans.

La directive introduit également la nécessité d'examiner les conséquences d'un accident d'une installation sur les installations voisines (effet « domino ») tout en laissant une marge de manœuvre aux Etats membres pour apprécier ce concept. Il est désormais demandé une coopération entre établissements proches afin qu'ils échangent un certain nombre d'informations, dont leurs rapports de sécurité et leurs plans d'urgence, « de façon appropriée ».

- **Valérie souhaiterait souscrire une assurance risques industriels dans le cadre de son activité professionnelle mais s'interroge quant à son coût ?**

Le tarif de l'assurance risques industriels varient en fonction des paramètres de votre site ainsi que des garanties requises. Les tarifs débutent à partir de 5000 € / an. Le prix varie aussi beaucoup en fonction :

- de la dangerosité du site et/ou des matériaux utilisés / entreposés,
- des mesures de prévention mise en œuvre,
- des mesures de sécurité du site.

- **Valérie vous informe qu'elle est exploitante d'un site produisant de l'eau de javel. Est-elle concernée par le risque industriel ?**

Si les risques industriels font beaucoup de dégâts dans le secteur de l'industrie, certaines activités sont plus touchées que d'autres. Les activités de nature pétrochimiques ou chimiques sont par exemple très souvent frappées par les risques industriels. De même, les activités liées aux industries spécialisées dans les produits dérivés du pétrole et celles manipulant des produits chimiques de bases peuvent être confrontées à des risques industriels. L'inhalation de vapeurs de solvants, un incendie, une intoxication sont autant de dangers qui guettent les industries pharmaceutiques, agroalimentaires ou de consommation courante. Les entrepreneurs opérant dans ces domaines doivent prendre des mesures préventives pour sécuriser leurs activités avec une assurance risque industriel.

La production de l'eau de javel, comme c'est le cas pour Valérie, et des engrains implique généralement la manipulation et le stockage de produits à haut risque de toxicité. Une entreprise qui fabrique des produits à base de plastiques s'expose à des risques toxiques. De son côté, une usine de métallurgie s'expose à un risque d'incendie qui est lié aux travaux d'oxycoupage et aux travaux par point chaud. En conséquence, il convient de souscrire une

assurance risque industriel pour mieux gérer les risques inhérents à l'activité menée et pour bénéficier de garanties modulables en fonction des besoins spécifiques de l'entreprise.

- **Quels peuvent être les enjeux du risque industriel dans le cas de l'exploitation de Valérie ?**

Les risques industriels présentent généralement des enjeux humains, économiques et environnementaux. Un accident lié à des facteurs industriels peut être considéré comme une conséquence toxique, thermique ou mécanique.

On parle d'enjeux humains lorsqu'il s'agit de personnes physiques exposées de manière directe ou indirecte à des risques industriels. Que l'accident ait lieu à domicile, dans un lieu public ou dans un lieu de travail, les risques vont souvent de la blessure bénigne au décès. Tout dépend du type d'accident. En ce qui concerne les enjeux économiques, un risque industriel peut provoquer l'altération de l'outil économique de toute une région. Selon la gravité de l'accident, les entreprises, les voies de chemin de fer, les routes environnantes peuvent être endommagées, voire détruites. Les conséquences économiques seront alors énormes!

Un risque industriel peut également avoir de sérieuses répercussions sur la nature. Dans certains cas, l'accident peut occasionner une destruction de la flore et de la faune. La pollution d'une nappe phréatique peut avoir un impact pesant sur les habitants de la zone. Dans tous les cas, les risques industriels peuvent avoir de très graves conséquences. Au lieu d'attendre leur manifestation pour agir, chaque entrepreneur concerné ferait mieux de signer son contrat d'assurance risque industriel pour garantir la pérennité de ses activités.

- **Valérie aimerait alors que vous lui fournissiez un devis. Quels documents demander ?**

Voici la liste exhaustive des documents requis pour pouvoir présenter des devis performants :

- Bail,
- Plan(s) des bâtiments/photos,
- Rapport de visite complet (celui d'un assureur précédent peut convenir),
- Expertise préalable,
- Plaquette de présentation commerciale.

- **Valérie se demande quelle pourrait être sa responsabilité en tant qu'exploitant d'un site industriel ?**

L'exploitant d'un site industriel engage sa responsabilité civile voire pénale.

- **Martin est exploitant d'une usine de métallurgie, quels conseils de prévention pouvez-vous lui apporter ?**

Pour réussir dans votre secteur d'activité industriel, il peut être indispensable d'investir non seulement dans la mise en place de vos locaux, mais également dans l'acquisition de matériels et de marchandises.

Pour cette raison, vous devez prendre en compte tous les risques qui pèsent sur votre entreprise et prendre des mesures nécessaires pour les prévenir autant que vous pouvez.

Selon votre activité, des mesures de préventions peuvent être nécessaires pour assurer le bon fonctionnement de votre structure. Si vous utilisez par exemple des liquides inflammables, des groupes électrogènes ou encore des transformateurs haute tension, vous pouvez parfois être confronté à des risques industriels dont les conséquences potentielles peuvent entraver la survie de votre entreprise.

Que faire? Qu'elles appartiennent à l'industrie du métal ou aux secteurs de l'agroalimentaire, les entreprises doivent se prémunir contre tous les risques industriels. Les enjeux varient d'un domaine d'activité à l'autre. Peu importe le cas, il est capital de prendre conscience de l'existence des risques industriels et d'adopter de bonnes méthodes pour limiter les dommages potentiels en protégeant vos locaux et leur contenu professionnel. Pour y parvenir, il faut dans un premier temps évaluer le risque en considérant le type de construction et les paramètres de votre activité. Ensuite, vous devez mettre en place une politique de prévention et de protection incluant une assurance risques industriels. La prévention des risques industriels nécessite votre vigilance. En tant que chef d'entreprise, vous êtes le premier responsable des dommages potentiels qui touchent votre société. Si vous exploitez des installations dangereuses par exemple, il est capital de prendre des précautions pour réduire au maximum les risques d'accident. Ces mesures doivent être prises sous le contrôle de l'inspection des installations classées État pour vous permettre de bénéficier d'une assistance en cas de sinistres.

- **Martin se demande si tout cela est bien du ressort de l'entrepreneur ?**

Bien qu'il existe des règlements et des démarches étatiques, la gestion des risques industriels est une responsabilité individuelle. Il vous revient en tant qu'entrepreneur d'être vigilant et de prendre les mesures qu'il faut pour faire face aux risques sans laisser aucune marge d'erreur sachant que le moindre accident industriel peut avoir des conséquences fâcheuses.

Les risques industriels sont liés de façon intrinsèque aux propriétés de certaines activités et substances. Et, chaque entrepreneur impliqué doit mettre en place une gestion irréprochable des risques pour ne pas s'exposer aux sanctions. Il existe pour ce faire des solutions comme l'assurance risque industriel qui permettent de protéger ses biens, son personnel ainsi que son environnement immédiat. En France, le Bureau d'analyse des risques et des pollutions industrielles (Barpi) est l'organisme chargé de la gestion

des risques industriels. Sa principale mission est en effet d'enregistrer tous les accidents industriels sur l'ensemble du territoire français.

Vous pouvez donc vous rapprocher de cet organe pour obtenir facilement des informations liées à l'historique des accidents industriels ayant lieu dans la zone où vous envisagez d'implanter une branche de votre entreprise. En effet, dans la prévention des risques industriels, le droit à l'information générale sur les menaces majeures s'applique.

Il revient à chaque chef d'entreprise de prendre conscience de la vulnérabilité de sa société face aux différents risques auxquels elle est exposée et de les évaluer pour les minimiser. Pour ce faire, l'entrepreneur doit se tenir informé sur la nature des menaces ainsi que sur les mesures préventives existantes pour assurer le bon fonctionnement de sa structure. Pour gérer les risques industriels, la législation se fonde surtout sur la prévention et sur le renforcement de la concertation. Des textes de loi existent et permettent de mieux cadrer les actions impliquées dans la gestion de ces risques.

Depuis des années, les installations Seveso à haut risque font l'objet d'une attention particulière lors de leur création. La mise en place de telles structures est en effet précédée d'une étude minutieuse à l'issue de laquelle l'opération peut être autorisée ou refusée.

- **Quelques statistiques autour des risques industriels ?**

La France est touchée moins durement par les risques industriels que d'autres pays du monde. Cependant, l'impact financier des événements climatiques subis ces dernières années n'est pas négligeable. Vous vous souvenez certainement de la tempête Klaus qui a entraîné un coût estimé à 4,7 milliards d'euros. Que dire de la tempête Xynthia qui a causé des dommages évalués à 3,6 milliards d'euros ? Ces différents risques sont considérés de façon spécifique par les entreprises qui en ont été victimes.

Selon une récente étude, environ 1150 accidents industriels

impliquent des installations classées pour la protection de l'environnement (ICPE). Sur ces accidents, l'industrie de la manufacture concentre près de 48 %, 15 % impliquent des entreprises de production et de distribution de l'eau, 4,7 % concernent le secteur de l'énergie (sans l'industrie nucléaire) tandis que 2,3 % sont liés à des industries extractives.

De leur côté, les industries pharmaceutiques et chimiques regroupent 13 % des accidents et les industries agroalimentaires sont impliquées dans 7 % des dommages. Dans 63 % des cas déclarés par les installations françaises, les accidents industriels se produisent pendant une période de baisse d'activité de l'entreprise. Environ 16 % des accidents se déclenchent lors des services de maintenance ou d'entretien des installations. Au-delà de son impact sur les locaux et sur les biens, un sinistre touchant une entreprise peut provoquer la diffusion de matières dangereuses. La responsabilité de cette société sera alors engagée et elle devra selon le cas indemniser les victimes des risques.

- **Où en est la France dans la prévention des risques industriels suite à l'incendie de l'usine Lubrizol ?**

À la suite de l'incendie de l'usine Lubrizol les 25-26 septembre 2019, des travaux ont été engagés pour tirer les conséquences de l'accident avec :

- le rapport de l'Assemblée nationale sur l'incendie du site de Lubrizol ;
- la Commission d'enquête du Sénat sur la gestion des conséquences de l'incendie,
- les conclusions des inspecteurs généraux CGEDD-CGEIET sur le retour d'expérience de l'accident de Lubrizol.

Lancé le 11 février 2020, un plan d'actions pour la prévention et la gestion des risques industriels prévoyait ainsi quatre axes à privilégier pour :

- améliorer la prévention des risques industriels ;
- anticiper et faciliter la gestion technique d'un accident ;

- améliorer le suivi des conséquences sanitaires et environnementales de long terme ;
- renforcer les contrôles et se doter de moyens d'enquête adaptés.

Une réglementation plus protectrice a donc suivi afin de pallier les lacunes révélées par le cas Lubrizol (incertitudes sur la nature et la quantité des produits stockés, interrogations sur la toxicité des fumées, défaillances sécuritaires). Sept textes réglementaires, datés du 24 septembre 2020, ont ainsi renforcé les règles sur les sites Seveso, parmi lesquels :

- le décret n° 2020-1168 concernant les règles applicables aux installations dans lesquelles des substances dangereuses sont présentes dans des quantités pouvant être à l'origine d'accidents majeurs (renforcement de l'information du préfet, mise à disposition du public d'informations sur les accidents majeurs susceptibles de se produire, réexamen tous les cinq ans de l'étude de danger, précisions sur les plans d'opération internes (POI) définissant en particulier les mesures d'organisation et les méthodes d'intervention) ;
- le décret n° 2020-1169 modifiant la nomenclature des installations classées pour la protection de l'environnement.

De nouveaux mécanismes ont par ailleurs été installés plus récemment avec :

- un bureau d'enquêtes et d'analyses sur les risques industriels (BEA-RI) chargé de mener des enquêtes techniques à la suite des principaux accidents technologiques pouvant se produire ;
- en juillet 2021, sur 13 sites industriels, un dispositif de vigilance renforcée à partir duquel les six exploitants concernés (Pena, Tereos, Le Siaap, Esso, Lactalis, Yara) doivent élaborer un plan de mise en conformité au plus tard le 31 décembre 2022.

• Qu'est-ce que la directive SEVESO ?

Nous l'avons survolé plus haut, mais voyons la désormais plus en détails.

En 1976, la commune italienne de Seveso est victime d'un rejet

accidentel de dioxine. Cette catastrophe conduit les États européens à se doter d'une politique commune de prévention des risques industriels majeurs. La directive « Seveso » est adoptée en 1982. Depuis, la directive a été révisée deux fois : Seveso II en 1996, puis Seveso III en 2012 (entrée en vigueur au 1er janvier 2015).

La directive constraint les États membres à :

- identifier les risques liés aux activités industrielles ;
- mettre en place un système d'inspection des sites dangereux ;
- prendre les mesures pour faire face à d'éventuels accidents.

La directive distingue deux types d'établissements selon la quantité de matières dangereuses sur site : les établissements Seveso seuil haut et les établissements Seveso seuil bas. Les mesures de sécurité et les procédures prévues par la directive varient selon le type d'établissement.

Les substances concernées par la directive Seveso sont celles listées par le nouveau système de classification des substances dangereuses du règlement sur la classification, l'étiquetage et l'empaquetage des substances et des mélanges.

La directive prévoit que les citoyens ont ainsi un accès direct, via Internet, aux informations relatives aux installations Seveso situées à proximité de leur domicile, aux programmes de prévention des accidents et aux mesures d'urgence pour mieux réagir en cas de nécessité.

• Qu'est-ce qu'un site classé SEVESO ?

Le statut Seveso concerne les installations classées pour la protection de l'environnement (ICPE). Il s'agit de sites dangereux répertoriés selon le degré des risques qu'ils peuvent entraîner. Ils sont répartis en deux types d'établissements en fonction des quantités et des types de produits dangereux :

- les établissements Seveso à seuil bas représentent un risque important ;
- les établissements Seveso à seuil haut représentent un risque

majeur.

Au 31 décembre 2015, la France comptabilisait près de 1 300 sites classés Seveso dont 700 à seuil haut. Le recensement des établissements Seveso s'effectue tous les quatre ans.

- **Quelle est la législation en vigueur dans ce domaine ?**

La loi du 30 juillet 2003 relative à la prévention des risques technologiques et naturels et à la réparation des dommages est adoptée à la suite de la catastrophe survenue le 21 septembre 2001 dans l'usine AZF à Toulouse. Elle prévoit :

- une meilleure information et une association des riverains et des salariés ;
- une nouvelle méthodologie et un nouveau périmètre pour les études de danger des sites industriels ;
- un renforcement des effectifs des inspecteurs des installations classées ;
- un dispositif assurantiel permettant une indemnisation rapide et complète des dommages aux habitations et aux véhicules des particuliers en cas de catastrophe technologique.

- **Qu'est-ce qu'un plan de prévention des risques technologiques (PPRT) ?**

Le PPRT est un outil créé par la loi de 2003 pour une politique de maîtrise des risques sur des territoires accueillant des sites industriels classés dans la catégorie Seveso seuil haut.

Le PPRT vise à assurer la protection des populations vivant à proximité de ces sites et à garantir une bonne coexistence entre ces sites et l'urbanisation environnante. Le PPRT est élaboré entre les différents acteurs concernés par l'application du plan (l'État, les collectivités territoriales, les exploitants des installations, la commission de suivi du site).

Les PPRT peuvent définir notamment :

- des secteurs de mesures foncières pour l'existant (expropriation, délaissement) ;

- des zones de maîtrise de l’urbanisation future ;
- des zones de prescriptions sur l’existant (les propriétaires de logements peuvent être contraints de réaliser des travaux de protection contre les effets thermiques, de surpressions et toxiques identifiés dans le PPRT).

- **Qu'est-ce que le dispositif ORSEC ?**

Le dispositif ORSEC (organisation de la réponse de sécurité civile) est un programme d’organisation des secours, placé sous la direction du préfet de département sauf lorsqu’un événement a lieu à plus grande échelle. Il réunit tous les organismes de secours et les moyens publics et privés susceptibles d’être mis en œuvre. Le but est d’être capable de faire face à tous types de situations d’urgence pour protéger les populations, les biens et l’environnement.

- **Pour résumé, la réglementation en la matière a-t-elle évoluée depuis l’incendie de l’usine Lubrizol ?**

En effet, la réglementation a été renforcée à la suite des lacunes révélées lors de l’incendie de l’usine. Le 26 septembre 2020, deux décrets et cinq arrêtés sur la réglementation des installations classées ont été publiés. Les nouvelles mesures concernent notamment : le stockage de produits dangereux et inflammables, la coopération entre exploitants d’installations contenant des substances dangereuses, l’information du public et les comportements à adopter lors d’un accident.

Les pertes d'exploitation

- **Qu'est-ce que la couverture « Perte d'exploitation » ?**

L'objectif de cette couverture est de compenser les effets de la diminution du chiffre d'affaires résultant d'un dommage matériel, d'assurer la pérennité de l'entreprise en compensant ses pertes financières.

La police Perte d'Exploitation.

La police Perte d'Exploitation indemnise la perte de marge sur coûts variables (marge sur coûts variables = chiffre d'affaires – frais variables). En d'autres termes, cette police indemnise les frais fixes continuant à courir après ce sinistre et le bénéfice d'exploitation qui eût été réalisé sans le sinistre. La couverture peut être plus ou moins étendue, à la fois dans le temps et dans la définition de la perte indemnisée.

Les montants assurés.

Les montants assurés sont définis par l'assuré à partir :

- soit d'un taux de marge fixe et de la progression du chiffre d'affaires envisagée ;
- soit à partir de ses outils d'optimisation de la production prenant en compte la demande saisonnière de produits et les fluctuations de prix en résultant.

Reste aussi à faire si besoin, des hypothèses sur les variations des taux de change, des cours de matières premières, etc., pendant la période d'indemnisation contractuelle, en prenant en compte un sinistre en fin de la période de validité de la police.

- **Comment se passe l'indemnisation ?**

En fonction de la prime demandée, l'entreprise peut décider d'assurer un montant maximum d'indemnisation inférieur au montant ainsi calculé, compte tenu des nombreuses incertitudes

attachées à ce calcul et des mesures palliatives qui permettront de réduire la perte : production partielle dans d'autres usines du groupe industriel, sous-traitance à l'extérieur, production partielle dans des locaux loués temporairement...

La période d'indemnisation est définie par le scénario du Sinistre Maximum Possible (SMP) décrit précédemment, en tenant compte de la période de reprise progressive de la production..., afin de se retrouver dans les conditions opérationnelles mais aussi commerciales qui prévalaient avant le sinistre.

La perte d'exploitation doit résulter d'un dommage matériel assuré dans le cas d'une police ayant un volet Dommage Matériel et un volet Perte d'Exploitation, ou résulter d'un dommage matériel listé dans la police Perte d'Exploitation (incendie, dommage des eaux...). La perte d'exploitation peut résulter de dommages matériels affectant ses fournisseurs, cocontractants, clients..., sans que l'entreprise ne soit physiquement atteinte dans ses biens (« contingent business interruption »). La police précise les conditions d'application de cette garantie, avec notamment des sous-limites spécifiques. L'indemnisation n'est déclenchée que si ce type de dommage matériel est couvert par l'assurance de l'entreprise.

• Que se passe-t-il en cas de sinistre ?

En cas de sinistre, l'entreprise devra mettre tout en jeu pour limiter cette perte d'exploitation et donc l'indemnisation (et par là limiter sa perte de clientèle) en engageant des frais supplémentaires d'exploitation. La philosophie est identique à celle introduite pour le dommage matériel. Ce sont par exemple des coûts liés à : la location temporaire de matériels ou de locaux ; des installations provisoires (exemple : pipeline de liaison entre deux unités qui n'étaient pas conçues pour fonctionner ensemble) ; la réduction du délai de réparation : travail à deux postes, recherche de matériel de substitution... ; des fabrications sous-traitées à l'extérieur ; des surcoûts de transport à partir d'autres lieux de production ; des campagnes de publicité pour accélérer le redémarrage des ventes après réparation du sinistre.

Dans tous les cas, les frais supplémentaires d'exploitation doivent avoir été préalablement agréés par l'expert. Ce dernier calculera la marge que l'entreprise aurait réalisée si toutes les unités fonctionnaient normalement en tenant compte des variations saisonnières suivant l'historique de la production, la tendance de la période précédente, les arrêts de maintenance planifiés, les variations du marché, des taux de change... et comparera celle-ci à la marge effectivement réalisée.

Ce calcul présente de réelles difficultés, en particulier pour la prise en compte : des fortes progressions ou chutes d'activités ; des activités discontinues – saisonnalité ; des évolutions de la concurrence ; de la perte de clientèle du fait du sinistre.

- **Quid de la perte de clientèle ?**

La fermeture (même temporaire) d'une usine peut conduire certains clients à rechercher des sources d'approvisionnements alternatives et plus sûres. La durée dans le temps de cette perte d'exploitation est conditionnée par le retour des anciens clients ou l'arrivée de nouveaux clients. La Période Maximale d'Indemnisation prévue par la police s'appliquera si la perte de clientèle perdure.

Notons que si le sinistre est le fait d'un tiers et si la perte de clientèle est donc indemnisable par la police Responsabilité Civile (voir plus loin) du tiers, la durée d'indemnisation peut se prolonger pendant de nombreuses années. Elle résulte d'une négociation ou d'une décision de justice, fonction de la pérennité de l'activité sinistrée.

- **Y-a-t-il une franchise ?**

La franchise est la partie du montant du sinistre restant à la charge de l'assuré (donc non indemnisée par l'assureur). Dans le cas des polices perte d'exploitation, les franchises sont souvent déterminées par un délai de carence en deçà duquel aucune indemnisation n'est due par l'assureur (15 jours, 1 mois, 45 ou 60 jours), l'assureur

n'intervenant qu'au-delà de ces périodes non assurées.

Les franchises peuvent aussi être déterminées par un montant fixe qui vient en déduction de la perte de marge calculée depuis le jour du sinistre ou par un pourcentage de la perte. C'est le cas des franchises qui s'appliquent souvent dans l'assurance automobile.

Les périodes d'arrêt de production (chômage technique, arrêts pour maintenance ou congés) qui étaient programmées avant le sinistre seront prises en compte et viennent s'ajouter au délai de carence dans la mesure où aucune production et donc recette n'étaient prévues pendant ces périodes.

- **Alain dirige une usine chimique fabriquant deux produits : A et B. Malheureusement, un incendie survient dans l'usine.**

En conséquence de quoi, l'usine a été fermée pendant 12 mois.

Dans le cas d'Alain, l'indemnisation de la perte d'exploitation est fixée à 3M€ au-delà de la franchise de 60 jours.

Le traitement de la perte d'exploitation diffère pour chacun des deux produits de l'usine :

- **Produit A (produit nouveau)** : aucune alternative de fabrication. Les clients ont dû patienter ou partir à la concurrence : perte de clientèle difficile à chiffrer, peu de recul sur la progression du chiffre d'affaire (quelle aurait été l'évolution des ventes hors sinistre ?) ;
- **Produit B (produit classique)** : possibilité de transférer les fabrications dans une autre usine de la même société mais à l'étranger ; ceci entraîne des heures supplémentaires, l'embauche d'intérimaires, des transports aériens ; l'ensemble des surcoûts représente 300k€ ; se pose la problématique de la marge dégagée par l'usine sœur qui du fait de ce sinistre a la possibilité de compenser en tout ou partie la perte de production de l'usine sinistrée, dégageant ainsi une marge supplémentaire non prévue conséquemment à ce sinistre.

Également prise en compte des surcoûts d'accélération du chantier de réparation. Par exemple, 200k€ de surcoût dû au paiement d'heures supplémentaires, heures supplémentaires qui ont permis

de réduire la durée d'engagement de la perte de marge et des frais supplémentaires.

- **Quelle conséquence peut engendrer un arrêt de l'activité professionnelle ?**

L'arrêt plus ou moins prolongé de l'activité professionnelle peut avoir une incidence sur les charges fixes de l'entreprise, voire sur sa survie.

L'assurance multirisque est nécessaire pour protéger les locaux professionnels et l'outil de travail contre un incendie, un dégât des eaux ou une tempête. Elle permet de reconstituer, après un sinistre, le patrimoine professionnel garanti (biens immobiliers, machines, matériels et stocks).

En revanche, la prise en charge de ce manque à gagner ne relève pas des garanties de l'assurance multirisque et nécessite la souscription d'une assurance « pertes d'exploitation ».

En cas de sinistre, celle-ci permet à l'entreprise de retrouver la situation financière qui aurait été la sienne si le sinistre n'était pas survenu.

- **Quelles sont les garanties ?**

Alors que l'assurance multirisque prend en charge la remise en état des lieux, la reconstitution des stocks et du parc des machines, la perte d'exploitation permet :

- d'assurer le paiement des salaires ;
- de faire face aux charges fixes (impôts, taxes, abonnement d'électricité, téléphone) ;
- de régler certains frais financiers ainsi que les frais supplémentaires ou dépenses inattendues telles que la location d'un local provisoire, les démarches administratives... dont la prise en charge permet de réduire l'importance des autres pertes financières ;
- de reconstituer le bénéfice d'exploitation escompté.

- **Dans quels cas intervient-elle ?**

Elle intervient en cas d'arrêt ou de diminution de l'activité de l'entreprise consécutifs à un événement garanti, par exemple en cas d'incendie ou d'événement naturel entraînant la destruction ou la perte de l'outil de travail. Durant la période de reconstruction et de redémarrage consécutive au sinistre, l'entreprise peut ainsi reprendre son activité dans les meilleurs délais.