

Les assurances directes- Rapport français

Agnès Pimbert

*Maître de conférences à l'Université de Poitiers, Equipe de recherche en droit privé
(EA 1230)*

L'assurance directe désigne le mécanisme d'indemnisation ayant pour objet de garantir un assuré contre les dommages causés à sa personne ou à ses biens quelle que soit l'origine du sinistre¹. Elle permet à l'assuré de se prémunir contre les dommages qu'il peut subir, sans avoir pour cela à établir une quelconque responsabilité. Les prestations sont ainsi versées directement à l'assuré par son propre assureur et la garantie peut être invoquée qu'il y ait ou non un tiers responsable.

L'assurance directe présente donc l'intérêt de garantir une indemnisation dans l'hypothèse où l'assuré serait lui-même à l'origine de son propre dommage ainsi que dans celle où, en présence d'un tiers-responsable, l'assurance de responsabilité ne garantirait pas l'indemnisation (absence de contrat conclu par le responsable ou encore ineffectivité de la garantie, notamment en raison du jeu d'exclusions ou de limitations de garantie). Comme le

A) Assurances directes de biens

En assurance directe de biens, l'assureur s'engage à verser directement une prestation à l'assuré destinée à compenser la destruction, la dégradation ou la disparition d'un bien. Ces assurances peuvent s'appliquer tant aux biens des particuliers que des professionnels.

- **Assurance dommages aux biens des particuliers et des professionnels**

En 2012, alors que l'ensemble des cotisations d'assurance s'élevait à un montant global de 180,7 milliards d'euros (affaires directes²) la part correspondant aux assurances dommages aux biens des particuliers et des professionnels représentait 15,1 milliards d'euros, hors assurance automobile et construction³.

L'assurance dommages aux biens des particuliers couvre essentiellement les risques d'incendie et les risques assimilés (comme l'explosion), vol, dégât des eaux, bris de glace affectant les biens de l'assuré. Ces risques sont couverts dans le cadre de contrats dits Multirisques Habitation (qui incluent aussi une assurance responsabilité civile vie privée)⁴. L'assurance dommages aux biens des professionnels couvre principalement les risques d'incendie, d'explosion et implosion, dégât des eaux, bris de machine, vol, malveillance et bris de glace affectant les locaux destinés à l'exercice de la profession de l'assuré et le contenu de ces locaux (matériel professionnel, marchandises....) ainsi que les pertes d'exploitation, correspondant à la baisse de chiffre d'affaires en cas de sinistre.

- **Assurance automobile**

L'assurance directe automobile correspond à la prise en charge par l'assureur des risques: d'incendie, vol, bris de glace et accidents⁵ affectant le véhicule assuré. En 2012, les cotisations relatives à l'assurance automobile « directe » (dommages aux biens) représentaient 12493 millions d'euros⁶.

- **Assurance dommages-ouvrage**

L'assurance « dommages-ouvrage » couvre les dommages touchant à la solidité du logement relevant de la garantie décennale⁷. Il s'agit d'une assurance de choses obligatoire permettant de financer le paiement de travaux de réparation. En 2012, les cotisations relatives à la dommages-ouvrage s'élevaient à 630 millions d'euros.

B) Assurance directes de personnes

Dans la catégorie des assurances directes de personnes, on peut principalement citer l'assurance dommages corporels et l'assurance en cas de décès.

1°) L'assurance dommages corporels

2 Les affaires directes correspondent aux primes ou cotisations relatives à des contrats distribués directement ou par le biais d'un intermédiaire pour lequel l'assureur reste seul responsable du paiement des prestations à l'égard de l'assuré

3 Source FFSA, rapport 2012

4 De plus la garantie offerte par le contrat d'assurance MRH est obligatoirement étendue aux risques de catastrophe naturelle, catastrophe technologique, actes de terrorisme

5 Pour ce risque accidents, deux types de garanties peuvent être distingués :

- la garantie dommages accidents par collision, par laquelle l'assureur doit prendre en charge les dommages subis par le véhicule lorsqu'ils résultent d'une collision avec un tiers identifié, qu'il s'agisse d'un véhicule ou d'une personne.

- la garantie « dommages tous accidents » aussi appelée « tous risques » qui intervient en cas de collision ou sans collision. La garantie n'est donc pas soumise à la présence d'un tiers identifié.

6 Source FFSA-GEMA, études et statistiques 2012

7 La loi n° 78-12 du 4 janvier 1978 a imposé au maître de l'ouvrage de souscrire une telle assurance lui permettant d'être indemnisé rapidement par son assureur, indépendamment de la recherche de responsabilité

L'assurance dommages corporels recouvre deux opérations d'assurance : les assurances accidents corporels et les assurances contre la maladie. Ces deux opérations peuvent aussi être jumelées dans une même police⁸.

a) Assurance accidents corporels

1) Définition générale

L'assurance accidents corporels a pour objet de garantir les assurés et leur famille contre les conséquences d'accidents⁹, lorsqu'ils entraînent leur décès, incapacité permanente ou temporaire, ou encore des frais médicaux ou pharmaceutiques. Cette assurance peut tout d'abord être souscrite à titre individuel ; on parle alors « d'individuelle accident¹⁰. Elle peut aussi revêtir une forme collective. Elle est souscrite dans le cadre de contrats de groupe, par exemple par des organisations sportives ou des établissements scolaires. Ce type de contrat est alors souscrit pour la couverture de risques bien précis, tels que les accidents résultant de la pratique d'un sport ou les accidents scolaires.

En 2012 les cotisations relatives aux accidents corporels s'établissaient à 8,5 milliards d'euros, dont 4,1 milliards pour les contrats à adhésion individuelle et 4,4 milliards pour les contrats collectifs. Elles étaient en augmentation de 6,2 % par rapport à 2011¹¹. Le développement de cette formule d'assurance est étroitement dépendant de la protection offerte par l'assurance sociale nationale. L'importance de la couverture sociale française explique que l'assurance des accidents corporels n'ait pas connue jusqu'à maintenant en France le succès qu'elle peut connaître chez nos voisins européens.

2) Produits spécifiques commercialisés

- Garantie des Accidents de la Vie

La Fédération française des sociétés d'assurance a créé un label « Garantie des accidents de la vie » (GAV). Les contrats d'assurance labellisés proposent un ensemble de garanties minimum en cas d'accident corporel survenu au cours de la vie privée. Les événements garantis sont : les accidents de la vie privée (chutes, brûlures...), les catastrophes naturelles et technologiques, les accidents médicaux, les accidents dus à des attentats ou des agressions¹². En 2012, 3,9 millions de contrats GAV ont été souscrits en France, pour un total de 7,845 millions de personnes assurées. Au total, pour l'année 2012, ces contrats représentaient 631,7 millions d'euros de cotisations (annualisées)¹³.

- Assurance du conducteur

Il s'agit d'une garantie pour les accidents de la circulation, destinée à couvrir les dommages du conducteur en cas d'accident dont il est responsable. En effet à défaut d'une telle garantie,

8 Bien des assurances de personnes, les assurances de dommages corporels se distinguent des assurances sur la vie en ce que constituant qu'elles ne sont pas, en principe, gérées en capitalisation

9 L'accident est habituellement défini comme « toute lésion organique, provoquée par l'action soudaine d'une cause extérieure et indépendante de la volonté de l'assuré ou du bénéficiaire ».

10 Dans cette hypothèse, elle ne couvre généralement pas les accidents de toute nature. On peut alors distinguer :

- l'individuelle vie privée, qui ne couvre que les seuls accidents de la vie privée,
- l'individuelle professionnelle, limitée aux seuls accidents professionnels
- L'individuelle générale, qui s'étend à tous les accidents, de la vie privée ou professionnelle

11 Source FFSA, rapport 2012

12 Les accidents de la route et les accidents du travail ne sont en revanche pas garantis.

Toutefois certains contrats étendent la couverture par exemple aux accidents dus à la pratique d'un sport dangereux, aux accidents scolaires ou aux accidents de la circulation. D'autres incluent une garantie du conducteur, comme dans les contrats d'assurance automobile

13 Source FFSA, rapport 2012

si le conducteur subit une invalidité ou un arrêt de travail, il ne pourra compter que sur les remboursements de la Sécurité sociale et ceux de sa complémentaire santé.

- Assurance dépendance

Ces contrats d'assurance prévoient le versement d'indemnités sous forme de rente ou de capital en cas de perte d'autonomie. En mai 2013 la Fédération française des sociétés d'assurance a mis en place un label GAD-Assurance dépendance ouvert à tous les organismes d'assurance. Ce contrat doit couvrir, a minima, une situation de dépendance lourde¹⁴ et garantir une protection minimale (rente de 500 euros par mois en cas de dépendance lourde). Ces garanties pourront être souscrites jusqu'au moins 70 ans.

- Assurance emprunteurs

Ce contrat d'assurance, souscrit le plus souvent par un établissement de crédit, garantit les emprunteurs contre les risques de décès, d'incapacité de travail et d'invalidité et, éventuellement, de perte d'emploi.

b) Assurance-maladie

Le contrat d'assurance maladie est « un contrat par lequel l'assureur, en échange d'un prime, promet, au cas où l'assuré serait, durant la période garantie, atteint dans sa personne par une maladie ou même par un accident, d'un part de lui verser certaines sommes, spécialement durant son incapacité, d'autre part de lui rembourser tout ou partie des frais médicaux et pharmaceutiques nécessités par la réalisation du risque »¹⁵.

Ces contrats peuvent être souscrits sous forme individuelle ou collective. Le bénéficiaire est l'assuré ainsi que les membres de sa famille qui ne sont pas couverts pour les mêmes risques par un autre contrat. Il est fréquent que les assureurs garantissent dans un seul et même contrat les risques d'accidents corporels et de maladie. En 2012, 10 milliards d'euros ont été recueillis au titre de ces garanties, dont 5,8 milliards d'euros pour les contrats à adhésion individuelle et 4,2 milliards d'euros pour les contrats collectifs¹⁶.

2°) Assurance en cas de décès

L'assurance en cas de décès est un contrat d'assurance vie permettant le versement d'un capital ou d'une rente à un bénéficiaire désigné, en cas de décès de l'assuré avant le terme du contrat. Ces contrats d'assurance vie peuvent être souscrits individuellement ou collectivement. Les contrats d'assurance décès sont susceptibles d'être conclus soit pour une durée limitée (assurance temporaire décès), soit pour toute la vie (assurance vie entière). En 2012 les cotisations recueillies au titre de l'assurance en cas de décès s'élevaient à 10,3 milliards d'euros, dont 3,7 milliards pour les contrats à adhésion individuelle et 6,7 pour les contrats collectifs.

II) Mise en œuvre des assurances directes

Le fonctionnement des assurances directes doit être envisagé à travers, d'une part les prestations garanties et, d'autre part les recours possibles de l'assureur.

A) Nature des prestations garanties

14 La situation de dépendance lourde fait l'objet d'une définition uniformisée, à partir de 5 actes de la vie quotidienne

15 Picard et Besson, « Les assurances terrestres : le contrat d'assurance », LGDJ, 1975, n° 448

16 Source FFSA-GEMA, études et statistiques assurances de personnes 2012

1°) Assurances directes de biens

Les assurances directes de biens, en tant qu'assurances de dommages, obéissent au principe indemnitaire. Comme le précise l'article L. 121-1 du Code des assurances : « l'indemnité due par l'assureur ne peut pas dépasser le montant de la valeur de la chose assurée au moment du sinistre » : l'assuré ne peut pas recevoir une somme supérieure au montant du dommage. Par conséquent la somme versée à l'assuré dépendra du montant du dommage, mais aussi des clauses de la police d'assurance, notamment celles fixant la valeur de la chose en fonction de différentes valeurs de référence (garantie valeur à neuf, valeur de remplacement...).

2°) Assurances directes de personnes

- Assurances accidents corporels

L'obligation de l'assureur consiste dans le versement d'un montant déterminé, sous la forme d'un capital ou d'une rente, auxquels s'ajoute le remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques. Les garanties proposées varient selon les contrats et les compagnies d'assurance : le contrat fixe des prestations déterminées. En règle générale, sont pris en charge : le décès, sous forme d'un capital forfaitaire, l'incapacité et l'invalidité permanente et totale, sous forme d'un capital ou d'une rente, sous forme d'un capital ou d'une rente le plus souvent déterminés en fonction du taux d'AIPP (atteinte à l'intégrité physique et psychique), les frais médicaux et chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation¹⁷.

- Garantie des accidents de la vie

Dans le cadre spécifique de la GAV les assureurs doivent respecter un socle minimum de garantie, comprenant¹⁸ l'incapacité permanente, le préjudice esthétique, le préjudice d'agrément, et les souffrances endurées lorsque l'incapacité permanente est au moins égale à 30%. Par ailleurs, en cas de décès d'un assuré, les préjudices économiques et moraux subis par les bénéficiaires sont indemnisés. Le cumul des indemnités versées ne peut pas être supérieur à un million d'euros ou au plafond fixé par le contrat.

- Assurance du conducteur

Les prestations fournies par l'assureur varient selon les formules proposées. Ainsi dans les formules minimales, seul est protégé le conducteur dans la voiture assurée. En revanche, dans les formules les plus étendues sont protégés tous les conducteurs du véhicule et cela dans les autres véhicules qu'ils sont susceptibles d'utiliser (deux roues à moteur, voiture de location...). Les critères d'indemnisation sont aussi variables : tandis que certains contrats ne prendront en charge que les invalidités d'au moins 16%, d'autres interviendront dans toutes les hypothèses.

¹⁷ La souscription de garanties insuffisantes est à l'origine d'un contentieux récurrent. C'est ainsi que l'efficacité du contrat conclu doit s'apprécier notamment au regard de la définition de l'incapacité permanente ou de l'invalidité prise en charge, le seuil d'application de la garantie ou bien encore le barème médical de référence

¹⁸ De nombreux contrats offrent des couvertures plus larges ou des garanties complémentaires, par exemple : l'indemnisation des dommages corporels entraînant une invalidité inférieure à 30 % (taux minimal prévu par le contrat de base ; certains contrats proposent une prise en charge dès 10%, 5% voire parfois 1%) ; des plafonds de garantie supérieurs à un million d'euros par victime. Les préjudices indemnisés varient également selon les offres : les dépenses de santé actuelles, la perte de gains professionnels actuels, les frais de logement adapté, de véhicule adapté, l'assistance d'une tierce personne, les frais d'obsèques, la perte de revenus des proches, etc.

B) Recours de l'assureur

Selon les types d'assurances, l'assureur sera en mesure ou non d'exercer un recours subrogatoire contre un éventuel responsable.

1°) Distinction

a) Assurances directes de biens

Il découle du principe indemnitaire applicable aux assurances de biens d'une part que l'assuré ne peut pas cumuler des indemnités pour et d'autre part que l'assureur de biens dispose d'un recours subrogatoire contre l'éventuel responsable. Ce recours est consacré par l'article L. 121-12, alinéa 1^{er}, du Code des assurances¹⁹.

b) Assurances directes de personnes

Les assurances directes de personnes présentent en principe un caractère forfaitaire²⁰, résultant de l'article L. 131-1 du Code des assurances qui précise « qu'en matière d'assurance sur la vie et d'assurances contre les accidents atteignant les personnes, les sommes assurées sont fixées par le contrat ». Ce principe forfaitaire se traduit par le fait que les sommes versées par l'assureur sont déterminées à l'avance par le contrat et que la prestation n'est pas proportionnelle au dommage subi. Ce principe forfaitaire emporte deux conséquences :

- d'une part l'interdiction d'un recours subrogatoire de l'assureur de personnes ; cette interdiction figure à l'article L. 131-2 du Code des assurances selon lequel « dans l'assurance de personnes, l'assureur, après paiement de la somme assurée, ne peut être subrogé aux droits du contractant ou du bénéficiaire contre des tiers en raison du sinistre » ;
- d'autre part la possibilité pour la victime de cumuler la somme versée par l'assureur avec les dommages et intérêts dus par l'éventuel responsable²¹.

Cependant plusieurs textes sont venus prévoir des exceptions au caractère forfaitaire des prestations dans les assurances directes de personnes.

La loi n° 92-665 du 16 juillet 1992 a ajouté un alinéa 2 à l'article L. 131-2 du Code des assurances, prévoyant que « toutefois dans les contrats garantissant l'indemnisation des préjudices résultant d'une atteinte à la personne, l'assureur peut être subrogé dans les droits du contractant ou des ayants droit contre le tiers responsable, pour le remboursement des prestations à caractère indemnitaire prévues au contrat ».

La loi reconnaît donc à l'assureur de personnes la possibilité de prévoir contractuellement un recours subrogatoire contre le responsable, liée au caractère indemnitaire des prestations payées. Les conditions de cette subrogation ont été précisées par la jurisprudence²² :

- Le caractère conventionnel de la subrogation
- L'évaluation indemnitaire des préjudices
- L'évaluation indemnitaire des prestations contractuelles ; cette condition exclut la détermination des prestations par le recours à des critères contractuels forfaitaires

19« L'assureur qui a payé l'indemnité d'assurance est subrogé, jusqu'à concurrence de cette indemnité, dans les droits et actions de l'assuré contre les tiers, qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à la responsabilité de l'assureur ».

20Toutefois certaines assurances présentent un caractère hybride. Ainsi l'assurance maladie constitue une assurance forfaitaire dans la mesure où l'assureur s'engage à verser des sommes indépendamment d'un préjudice subi (incapacité, décès accidentel...). Mais elle est aussi une assurance soumise au principe indemnitaire puisque l'assureur s'engage à rembourser tout ou partie des frais médicaux et pharmaceutiques engendrés par la maladie ou l'accident garanti.

21Ainsi en assurance en cas de décès, la somme versée par l'assureur-vie est cumulable avec l'éventuelle indemnisation du dommage corporel par l'assureur de responsabilité de l'auteur de l'accident.

22Ass. Plén. 19 déc. 2003, RTDCiv. 2004, p. 303, obs. P. Jourdain

Par ailleurs la loi n° 94-178 du 8 août 1994, figurant à l'article 29-5° de la loi n°85-677 du 5 juillet 1985 relative aux accidents de la circulation , a décidé que les sociétés d'assurance faisaient partie de la liste légale des « tiers-payeurs » autorisés à exercer un recours subrogatoire pour les indemnités journalières de maladie et les prestations d'invalidité versées aux victimes. Il s'agit là d'une subrogation légale. Ce n'est toutefois qu'à compter d'un arrêt de sa 2^{ème} chambre civile en date du 12 juillet 2007 que la Cour de cassation a donné son plein effet à cette disposition, en cessant d'appliquer à ces prestations visées par la loi les critères dégagés par l'arrêt d'Assemblée plénière de décembre 2003.

Dès lors pour les prestations versées l'assureur hors indemnités journalières de maladie et prestation d'invalidité, la subrogation de l'assureur, qui doit être prévue par le contrat, est subordonnée à la preuve du caractère indemnitaire des prestations. En revanche, pour les indemnités journalières de maladie et les prestations d'invalidité, la subrogation est de droit.

2°) Effets de la subrogation

- A l'égard de la victime assurée

Lorsque le préjudice subi par la victime est réparé du fait du versement de la prestation prévue au contrat d'assurance, elle ne peut plus agir contre le tiers-responsable : elle n'a pour cela ni qualité ni intérêt à agir. En revanche, lorsque la victime n'a été que partiellement indemnisée (par ex :exclusion par le contrat de certains chefs de préjudices ou existence d'un plafond de garantie) elle garde son droit d'action contre le tiers responsable. A cet égard, la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 est venue mettre en place un droit de préférence sur les indemnités, lui donnant priorité sur l'assureur exerçant son recours subrogatoire.

- A l'égard de l'assureur

Dès qu'il a payé l'indemnité d'assurance, l'assureur peut se substituer à la victime-assurée dans son action en responsabilité contre le tiers. Cette subrogation connaît une double limite : elle ne peut s'exercer que dans la limite de la somme versée à la victime et celle du montant de la créance de la victime envers le responsable.

Lorsqu'il n'y a pas de tiers responsable, notamment parce que la victime est responsable de ses propres dommages (accident de sport, conducteur fautif...), la victime reçoit l'indemnisation versée par son assureur qui ne peut alors pas exercer de recours.