



Globalisation des sinistres : rien de nouveau sous le soleil (hélas) !

Depuis la loi n° 2003-706 du 1^{er} août 2003, l'article L. 124-1-1 du Code des assurances consacre la technique de la globalisation des sinistres, en autorisant l'assimilation d'un « *ensemble de faits dommageables ayant la même cause technique à un fait dommageable unique* ». Cette technique permet l'application d'un plafond de garantie par sinistre à l'ensemble des sinistres assimilés à un sinistre unique et autorise l'assureur de responsabilité à opposer aux tiers lésés un plafond annuel pour l'ensemble des réclamations, quand bien même ces réclamations s'échelonnent sur une ou plusieurs décennies. La question du champ d'application de la globalisation nourrit un contentieux abondant, notamment en raison de la difficulté à appréhender le concept de « *cause technique* », que le législateur distingue de celui de « *fait dommageable* » constituant « *la cause génératrice du dommage* » (C. ass., art. L. 124-1-1). En dernier lieu, plusieurs décisions rendues dans le même contexte ont inopportunément confirmé qu'en cas de manquement de l'assuré à ses obligations d'information et de conseil au détriment de plusieurs victimes, chaque faute commise est constitutive d'un fait dommageable distinct et aucune cause technique commune ne justifie la globalisation des sinistres (Cass. 2^e civ., 16 mai 2024, n° 22-19022, NPB. – Cass. 2^e civ., 20 juin 2024, n° 22-22718, NPB).

Dans le cadre d'un projet de défiscalisation impliquant un investissement dans des centrales photovoltaïques sur l'île de la Réunion, une société a convaincu plusieurs clients de l'éligibilité de son produit au dispositif dit « *Girardin industriel* ». Au motif qu'une installation dans le secteur photovoltaïque ne peut être constitutive d'un investissement réalisé ouvrant droit à réduction d'impôt qu'à compter de la date de raccordement au réseau électrique ou du dépôt d'un dossier complet de demande de raccordement, l'administration fiscale engage une procédure de rectification contre les clients, faute d'accomplissement de l'une ou l'autre des deux démarches avant le 31 décembre de l'année de réalisation de l'investissement. Ces derniers assignent en indemnisation l'assureur de la société à qui ils reprochent de ne pas les avoir informés de l'existence d'un risque fiscal dont elle aurait dû prendre connaissance en vérifiant la réalisation de la condition relative au raccordement au réseau électrique. La responsabilité de la société assurée ne prête pas à débat. Seule est posée la question de savoir si l'assureur est fondé à globaliser les réclamations des victimes en un sinistre sériel, afin d'opposer un seul plafond de garantie. Sur le fondement de l'article L. 124-1-1 du Code des assurances dont elle rappelle les termes, la cour d'appel l'admet et constate l'épuisement de la garantie. A l'appui de sa décision, elle mentionne que « *le fait*

générateur doit s'entendre, non des circonstances de temps et de lieu propres à chaque réclamation, mais de la cause technique qui est commune et que les différentes réclamations formées à l'encontre de la responsabilité de la société (...) ont la même cause, à savoir de ne pas s'être assurée de l'éligibilité de son produit au dispositif Girardin et plus précisément de la condition du raccordement au réseau EDF ».

En réponse à un moyen qu'elle a relevé d'office, la Cour de cassation rappelle d'abord que les dispositions de l'article L. 124-1-1 du Code des assurances « consacrant la globalisation des sinistres ne sont pas applicables à la responsabilité encourue par un professionnel en cas de manquements à ses obligations d'information et de conseil, celles-ci, individualisées par nature, excluant l'existence d'une cause technique, au sens de ce texte, permettant de les assimiler à un fait dommageable unique ». Il en ressort que les juges du fond ne pouvaient admettre la globalisation des sinistres tout en retenant la responsabilité de la société assurée au titre de manquements dans l'exécution d'obligations d'information et de conseil « dont elle était spécifiquement débitrice » à l'égard de ses clients.

Le principe et son application ne sont malheureusement pas nouveaux (en ce sens, V. déjà *Cass. 2^e civ., 24 sept. 2020, n° 18-12593 et 18-13726, PB.* – *Cass. 2^e civ., 6 juill. 2023, n° 21-25951, NPB*). Ils placent les assureurs, confrontés à des réclamations multiples, dans une situation particulièrement inconfortable et ce alors même que les étroites frontières jurisprudentielles de la globalisation ne s'imposent pas d'évidence.

Certes, le professionnel qui exécute une obligation d'information est souvent tributaire de la situation particulière de chacun de ses clients à qui il doit un conseil personnalisé. L'idée selon laquelle à chaque contrat correspond une obligation spécifique d'information est donc loin d'être inepte. Mais s'agissant d'opérations de défiscalisation très classiques, l'individualisation de l'obligation peut sembler assez artificielle. Quoi qu'il en soit, la Cour de cassation paraît de toute façon confondre l'obligation d'information, dont elle consacre la variation des contours selon les clients, et son exécution. Or au sens de l'article L. 124-1-1 du Code des assurances, ce ne sont pas les obligations d'information et de conseil elles-mêmes qui constituent le fait dommageable, mais plutôt l'inexécution de ses obligations, seules à l'origine du préjudice dont les clients de la société assurée réclament indemnisation.

Si on admet que le fait dommageable correspond aux manquements aux obligations d'information et de conseil de l'assurée, il convient de déterminer si une cause technique est commune à tous les manquements, rendant ainsi possible la globalisation. Dans cette perspective, il est utile de raisonner à la lumière des solutions susceptibles d'être retenues dans le cadre de contrats intégrant des éléments industriels. Soit des kits d'intégration de panneaux photovoltaïques appartenant à une même série. Les panneaux sont affectés d'un même défaut d'étanchéité (fait dommageable ou cause génératrice du dommage) procédant d'une même défaillance technique (cause technique commune) et provoquant des infiltrations d'eau plusieurs mois après leur installation (dommage). Dans le cadre des contrats de prestation de service intégrant des obligations d'information et servant de supports juridiques aux opérations de défiscalisation, la distinction de la cause technique et de la cause génératrice du dommage ne s'impose pas aussi nettement. Mais il n'est pas inconcevable d'admettre que la cause technique est constituée par l'absence de vérification du raccordement au réseau électrique et la cause génératrice par les manquements aux obligations d'information et de conseil qui en résultent. Il existe alors bien un ensemble de faits dommageables (manquements à l'obligation d'information et de conseil s'agissant du risque fiscal) ayant la même cause technique commune dans tous les contrats (absence de vérification du raccordement au réseau électrique).

En tous points discutables, l'inapplicabilité de l'article L. 124-1-1 du Code des assurances à la responsabilité encourue par un professionnel en cas de manquements à ses obligations d'information et de conseil dans le cadre de l'exécution de plusieurs contrats semble d'autant plus surprenante que l'usage de la technique de la globalisation est admis en présence de dommages résultant de l'inexécution d'un seul et même contrat (de maîtrise d'œuvre) malgré l'identification de causes techniques distinctes (*Cass. 3^e civ., 25 mai 2023, n° 21-20643, PB*).

Dans un tel contexte, on ne peut qu'espérer que la Cour de cassation clarifie et simplifie l'interprétation des dispositions de l'article L. 124-1-1 du Code des assurances en tenant compte de l'esprit du texte, dont il n'est sans doute pas inutile de rappeler qu'il vise à protéger les assureurs en présence de demandes multiples d'indemnisation de sinistres trouvant leur origine dans le même manquement de l'assuré.

ACTUALITE JURISPRUDENTIELLE

Contrat d'assurance – Éléments constitutifs et preuve de la fausse déclaration intentionnelle de risque : Cass. 2^e civ., 11 juill. 2024, n° 22-21301, NPB

L'article L. 113-8 du Code des assurances consacre la nullité du contrat d'assurance « *en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre* ».

Sur le fondement de ce texte, la Cour de cassation subordonne la sanction au constat de la mauvaise foi de l'assuré, caractérisée lorsqu'il est démontré qu'il a eu l'intention de tromper l'assureur sur la nature ou l'ampleur du risque. Tel est le cas lorsque l'assuré a sciemment omis d'informer l'assureur ou lui a délivré volontairement une information inexacte, afin de bénéficier d'avantages consistant dans une minoration du montant de la prime ou dans la garantie d'un risque dont l'assurabilité ne s'impose pas d'évidence. Par exemple, la mauvaise foi est établie dans des circonstances où l'adhérent à un contrat d'assurance de groupe décès-invalidité-incapacité qui, alors qu'il suivait depuis plusieurs années un traitement pour hypertension artérielle à la suite d'une angioplastie, a répondu à un questionnaire médical en ces termes : « *Au cours des cinq dernières années, avez-vous été atteint d'une maladie ayant nécessité un traitement médical de plus de trois semaines ? NON. Suivez-vous un traitement médical ? NON* » (Cass. 2^e civ., 6 mars 2014, n° 13-12136, NPB).

Dans l'affaire qui a donné lieu à la décision rendue le 11 juillet dernier, un chirurgien-dentiste a adhéré à un contrat d'assurance de groupe, avant de solliciter la mise en jeu de la garantie invalidité 16 ans plus tard. L'assureur lui a opposé un refus, en se prévalant d'une fausse déclaration intentionnelle dans le questionnaire de santé complété au moment de l'adhésion, le 29 octobre 1999. A cette date, le candidat à l'assurance a répondu « non » à la question : « *avez-vous ou avez-vous eu une affection de l'appareil ostéo-articulaire (traumatismes, lombalgies, etc...)*. Or le 21 octobre 1998, soit un an plus tôt, il avait subi un scanner rachis-lombaire sur une indication de lombosciatalgie gauche, dont le compte rendu indiquait, tout en écartant l'existence d'une hernie discale et en constatant que l'aspect des foramens était normal, l'existence d'une sciatalgie. En dépit de cette circonstance, la cour d'appel écarte la fausse déclaration dont l'assureur n'apporte pas la preuve en produisant un document, datant du 7 mars 2001 (donc établi postérieurement à l'adhésion de l'assuré) et mentionnant que « *le patient est exempt de hernie discale et que l'aspect des foramens est normal* ». Sa décision est censurée pour défaut de base légale : d'une part, le motif tiré de l'absence de hernie discale et de l'aspect des foramens est inopérant et d'autre part, les juges du fond auraient dû rechercher si le compte rendu du scanner produit par l'assuré n'établissait pas que ce dernier souffrait, avant son adhésion au contrat d'assurance, d'une lombosciatalgie constitutive d'une affection de l'appareil ostéo-articulaire.

La cassation, matérialisant le contrôle exercé par la 2^e chambre civile sur l'appréciation des éléments constitutifs de la fausse déclaration intentionnelle du risque, doit être approuvée. Seule compte la recherche de la vérité, si bien qu'il importe peu que cette vérité s'évince d'un document produit par l'assureur ou par l'assuré. En outre, le document permettant l'administration de la preuve doit être analysé dans son intégralité et ne saurait donc être réduit, au bénéfice de l'assuré, à la seule partie de son contenu révélant que ce dernier ne souffre pas de certaines affections de l'appareil ostéo-articulaire.

Sur ces bases, il appartiendra à la cour d'appel de renvoi de déterminer si l'inexactitude de la déclaration, dont la réalité ne paraît pas contestable, procède d'une volonté de tromper l'assureur. Il semble difficile d'imaginer que l'assuré, professionnel de santé, n'avait pas compris, à la lecture du compte rendu du scanner qu'il a lui-même produit aux débats, qu'il souffrait d'une affection ostéo-articulaire justifiant une réponse affirmative à la question posée dans la perspective de son adhésion au contrat d'assurance. Sa réponse erronée pourrait ainsi suffire à attester de sa mauvaise foi et justifier le refus de garantie de l'assureur en raison de la nullité du contrat.

Auteurs

Sabine BERTOLASO & Emmanuelle MENARD