

24 juin 2025 – n° 6

Assurance de personnes : la notion d'accident

Étude réalisée par Talal Alhajj Hassan,
Angéline Bich et Pierrick Pourret

Introduction d'Arnaud Chneiweiss

La définition de l'accident dans les contrats d'assurance diffère généralement de celle du langage courant. Cela suscite depuis toujours l'incompréhension des assurés et est donc à l'origine de nombreux contentieux.

Sommaire

INTRODUCTION	7
LES PRINCIPES JURIDIQUES	11
1. LES CRITÈRES USUELS DE LA DÉFINITION D'ACCIDENT	13
1.1. LA NOTION D'ATTEINTE CORPORELLE	13
1.1.1. En présence d'une définition contractuelle	13
1.1.2. En l'absence d'une définition contractuelle ou en cas d'insuffisance de la définition	13
1.1.3. L'intentionnalité	14
1.2. UNE CAUSE EXTÉRIEURE ET SOUDAINE	15
1.2.1. Le caractère extérieur de la cause par opposition à la prédisposition pathologique ou la maladie	15
1.2.2. L'appréciation du caractère extérieur de la cause	17
1.2.3. Le caractère soudain de la cause extérieure	25
1.3. LE LIEN DE CAUSALITÉ	25
2. LES AUTRES CRITÈRES	27
2.1. L'IMPRÉVISIBILITÉ	27
2.2. LE CARACTÈRE VIOLENT OU BRUTAL DE LA CAUSE EXTÉRIEURE	28
2.3. LA SURVENANCE D'UN CHOC	28
3. L'IMPORTANCE DE L'INFORMATION SUR CETTE DÉFINITION AVANT LA CONCLUSION DU CONTRAT	29
3.1. LA DÉFINITION DE L'ACCIDENT : UNE INFORMATION À REMETTRE À L'ASSURÉ	29
3.2. QUELLE SANCTION EN CAS DE MANQUEMENT DE L'ASSUREUR À CETTE OBLIGATION D'INFORMATION ?	29
4. L'IMPORTANCE DE LA PREUVE DE L'ACCIDENT AU SENS DU CONTRAT EN CAS DE SINISTRE	31
CONCLUSION	33
ILLUSTRATIONS	37
1. UN ÉLÉMENT MÉTÉOROLOGIQUE PEUT CONSTITUER UN ÉLÉMENT EXTÉRIEUR	38
2. L'ASSURÉ DOIT ÊTRE MIS EN GARDE LORSQUE SON CONTRAT PRÉVOIT DES GARANTIES RESTRICTIVES	40
3. LE SINISTRE PROVOQUÉ PAR LA CHUTE D'UN OBJET EN MOUVEMENT EST ACCIDENTEL	42
4. UN OBJET STATIQUE DANS SA POSITION NORMALE N'EST PAS UNE « CAUSE EXTÉRIEURE » EN CAS D'ACCIDENT	44
5. LA DÉFINITION CONTRACTUELLE DE L'ACCIDENT PEUT EXIGER PLUSIEURS CRITÈRES	46
POUR EN SAVOIR PLUS	48



A vertical photograph of a bookshelf filled with books, positioned on the right side of the page. The books are mostly light-colored, and the shelves are dark wood. The lighting is warm, creating a cozy atmosphere.

Introduction



Introduction

À la Médiation de l'Assurance, avec un volume de 40 000 saisines par an, nous voyons bien les difficultés de la relation client – et avons un biais, nous ne voyons pas tout ce qui se passe bien. Quand on vient vers nous, c'est que la relation assuré-assureur est mise à mal. Ces saisines donnent une bonne idée des reproches adressés par la population au secteur de l'assurance, et des difficultés et tensions qui travaillent la société française.

Que voyons-nous ?

Souvent de la défiance.

Cette défiance de la société française, soulignée depuis des années notamment par les enquêtes du CEVIPOF¹, s'illustre de multiples façons :

- défiance envers l'expert, dont on questionne l'indépendance et la compétence ;
- défiance envers l'assureur : a-t-il correctement appliqué le contrat ?

Les assurés contestent souvent, à tort ou à raison, ce qu'il faut comprendre des garanties souscrites. Renouer un lien de confiance fort avec les Français sur le fait que les contrats d'assurance sont clairs et bien appliqués doit être une priorité du secteur, qui passe par la qualité du conseil lors de la souscription et tout au long de la vie du contrat, la clarté dans la rédaction du contrat et l'empathie dans les explications au moment du sinistre.

Il n'y a plus de « petites lignes » dans les contrats d'assurance. Mais il y a des définitions, qui peuvent parfois surprendre, car au nom de la liberté contractuelle les deux parties peuvent convenir qu'un terme aura un sens différent de celui employé dans le langage usuel. Encore faut-il que les deux parties en soient bien conscientes !

Derrière le même mot peuvent se cacher des réalités différentes.

On peut être reconnu « invalide » par la Sécurité sociale, mais ne pas l'être par l'assureur, car le contrat d'assurance ne couvrira que la catégorie la plus extrême de la Sécurité sociale, celle où l'assuré a besoin de l'assistance constante d'une tierce personne pour réaliser les actes de la vie quotidienne².

Bien sûr, l'assureur indique en général dans le contrat qu'il n'est pas tenu par les définitions d'autres organismes, et notamment par celles de la Sécurité

¹ Cevipof, [Baromètre de la confiance en politique](#).

² Se laver, se déplacer, s'habiller, manger...



sociale. Il n'en demeure pas moins que cette situation est difficile à comprendre pour l'assuré, qui a reçu une carte tricolore d'invalidité de la part de la Sécurité sociale (par exemple de catégorie 2, où il n'est plus possible d'exercer des métiers ayant une dimension physique³), mais qui n'est pas reconnu invalide par l'assureur – à juste titre en vertu de la stricte application du contrat.

Venons-en au mot « accident », objet de ce Cahier. Il a souvent une définition très restrictive.

Illustrons.

Dans le dictionnaire Larousse, voici la définition d'un accident : « qui est l'effet du hasard ; qui n'est pas prévu ; fortuit ».

La définition d'un accident varie d'un contrat à l'autre sur le marché. Voici une définition très habituelle figurant dans un contrat d'assurance emprunteur : « toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré provenant exclusivement et directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure ».

Quel écart ! Et d'autres contrats ajoutent encore un critère, le fait que l'événement soit « brutal », ou qu'il résulte d'un « choc ».

Si bien que des situations vécues comme des « accidents » par les assurés, c'est-à-dire des événements non prévus et non souhaités, ne sont pas reconnues comme tels au sens du contrat, car elles ne sont pas tout à la fois « soudaines », « imprévisibles », « non intentionnelles » de la part de l'assuré et « résultant directement et exclusivement d'une cause extérieure »⁴.

J'appelle assureurs et courtiers à prendre le temps, au moment de la souscription, d'explicitier ces notions aux prospects et assurés. De ce point de vue, il est de l'intérêt de tous que l'échange dure un certain temps pour que le devoir de conseil puisse s'exercer.

Quand je vois de nouveaux acteurs sur internet prétendre qu'avec eux, le processus de souscription peut être réduit à quelques minutes et quelques questions, je me demande ce que l'assuré peut comprendre au produit auquel il adhère et si le devoir de conseil a pu être exercé.

Un grand bravo à nos trois rédacteurs Talal Alhadj Hassan, Angéline Bich et Pierrick Pourret, qui ont su illustrer ce Cahier d'exemples concrets.

Bonne lecture de l'étude très complète et pédagogique qui suit.

Arnaud Chneiweiss
Médiateur de l'Assurance

³ Par exemple : agriculteur, serveur de restaurant, infirmière...

⁴ Par exemple : tomber d'une échelle ne sera pas considéré comme un accident si aucune cause extérieure à la personne n'a causé la chute ; de même si une personne chute à son domicile, est hospitalisée et décède quelques semaines plus tard, le caractère « soudain » du décès sera manquant pour délivrer la garantie décès accidentel.

A vertical strip on the right side of the page shows a bookshelf filled with books, with the spines of the books visible. The lighting is warm, creating a professional and scholarly atmosphere.

Les principes juridiques



Les principes juridiques

Dans ce Cahier, nous aborderons uniquement la notion d'accident en assurance de personnes, telle qu'elle figure notamment dans les contrats dits « garantie des accidents de la vie »⁵, les contrats d'assurance de prévoyance (décès, invalidité, incapacité, etc.), les contrats d'assurance sur la vie, ainsi que les contrats d'assurance emprunteur.

Les litiges relatifs aux contrats d'assurance de biens et de responsabilités (habitation, automobile, etc.), impliquant d'autres définitions que celles abordées ici, ne seront donc pas étudiés au sein des développements qui suivent.

Pourquoi s'intéresser à cette définition de l'accident en assurance de personnes ?

À ce jour, il n'en existe pas de définition légale universelle. Dès lors, en application de la liberté contractuelle, l'assureur peut intégrer dans son contrat une clause le définissant selon les critères qu'il a choisis.

Le plus souvent, il donnera une définition se fondant sur des critères communément utilisés dans tous les contrats du même type : « **une atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure** ».

Néanmoins, il pourra parfois ajouter à ces critères usuels d'autres critères spécifiques à son contrat, tels que l'imprévisibilité et la cause violente et/ou brutale, rendant alors la définition plus restrictive.

Cette notion d'accident, qui diffère de celle du langage courant, suscite depuis toujours l'incompréhension des assurés. Elle est donc à l'origine de nombreux contentieux.

À la Médiation de l'Assurance (LMA), la part des litiges relatifs à l'accident est en augmentation. En 2024, LMA a enregistré une hausse de 38 % des réclamations recevables par rapport à l'année 2023 sur des contrats couvrant uniquement l'accident. Parmi eux, près de la moitié des litiges portent sur la définition de l'accident.

⁵ Ce cahier ne comportera pas d'exemples issus de contrats d'assurance labellisés GAV car ils se font de plus en plus rares sur le marché de l'assurance.



En cas de litige, ce sera à l'assuré de rapporter la preuve que les faits décrits sont susceptibles d'entrer dans le champ de la définition de l'accident prévue dans son contrat.

Souvent, les définitions sont claires et ne nécessitent pas d'interprétation. Le juge ou LMA se contentent alors d'apprécier l'adéquation des faits à la définition conventionnelle pour retenir l'absence ou non d'accident au sens du contrat.

Néanmoins, l'assuré pourra parfois se sentir trompé, lorsque cette définition est particulièrement restrictive, sur la protection que pouvait lui apporter réellement son contrat en cas d'accident.

L'enjeu de ces dossiers se situe donc, pour l'assureur, au niveau de l'information à apporter à l'assuré, avant la conclusion de son contrat, sur la spécificité de sa définition conventionnelle, afin d'éviter toute déconvenue de la part de l'assuré au moment de la survenance d'un sinistre. En effet, l'assureur pourrait voir sa responsabilité recherchée pour manquement à son devoir d'information et de conseil si l'assuré avait exprimé un besoin particulier de couverture en cas d'accident qui ne serait pas satisfait avec le contrat souscrit.

Dans ce Cahier, nous nous attacherons à décrire les critères usuels de l'accident (1) et certains plus spécifiques (2). Puis, nous aborderons l'importance pour l'assureur d'informer sur cette définition avant la conclusion du contrat (3), et pour l'assuré de prouver que son sinistre entre bien dans le champ de la définition conventionnelle (4).

1. Les critères usuels de la définition d'accident

La définition généralement utilisée dans les contrats d'assurance retient trois éléments pour caractériser l'accident : une atteinte corporelle, une cause extérieure et soudaine, et l'existence d'un lien de causalité entre eux.

1.1. La notion d'atteinte corporelle

L'accident est défini comme une atteinte corporelle non intentionnelle, sinon il ne serait pas assurable, faute d'aléa.

Certains contrats proposent donc une définition précise (souvent limitative) de l'atteinte corporelle, qu'il convient alors de respecter. Et, en l'absence d'une telle stipulation, l'atteinte corporelle doit être appréciée selon sa définition classique inspirée de la jurisprudence.

1.1.1. En présence d'une définition contractuelle

L'atteinte corporelle est très souvent définie positivement au sein des conditions générales, dans le cadre de la définition de la garantie. L'étendue de la notion est généralement modulée par les entreprises d'assurance. Elles peuvent par exemple la réduire aux seules atteintes physiques (excluant ainsi des atteintes morales), ou encore restreindre les atteintes physiques à certaines lésions (par exemple : fracture, brûlure...).

Les contours de l'atteinte corporelle peuvent également être précisés négativement par la stipulation de clauses d'exclusion de garantie. Certains contrats d'assurance excluent en effet du champ de la garantie des affections qui ne pourront donc plus être considérées comme des atteintes corporelles.

1.1.2. En l'absence d'une définition contractuelle ou en cas d'insuffisance de la définition

La question est de savoir si l'atteinte corporelle doit être limitée à l'atteinte physique, ou s'étendre également à l'atteinte psychique.

L'atteinte physique, qui se traduit médicalement par des lésions corporelles, c'est-à-dire des « altérations morphologiques d'un tissu ou d'un organe dont la cause peut être connue ou inconnue, pouvant se manifester par des signes

physiques ou des symptômes fonctionnels »⁶, ne pose de manière générale aucune difficulté dans son appréciation.

Les atteintes psychiques n'ont été reconnues comme relevant des dommages corporels que tardivement et ne sont pas nécessairement intégrées à la notion d'atteinte corporelle.

Ainsi, en l'absence de définition contractuelle, l'atteinte corporelle peut avoir deux interprétations :

- soit elle concerne uniquement les dommages physiques,
- soit elle s'apprécie par opposition au dommage matériel. Dans ce cas, elle concerne à la fois les dommages physiques et psychiques.

Dès lors que la notion d'atteinte corporelle n'est pas clairement définie dans le contrat, elle doit s'interpréter dans le sens le plus favorable au consommateur⁷, de telle sorte que l'atteinte corporelle concerne les dommages physiques et également psychiques.

À ce titre, la jurisprudence a considéré « qu'à défaut de définition plus précise dans le contrat d'assurance de la notion d'atteinte corporelle et à défaut d'exclusion de garantie expresse pour troubles psychiques l'atteinte corporelle n'est pas exclusive de l'atteinte psychique »⁸.

1.1.3. L'intentionnalité

La définition de l'accident impose que l'atteinte corporelle soit non intentionnelle. En effet, l'assuré ne doit pas avoir recherché le dommage. Ce critère supplémentaire s'explique par la nature même du contrat d'assurance, qui a pour objet la couverture d'un risque, donc d'un événement aléatoire. Or, en cas d'automutilation ou d'atteinte corporelle voulue et/ou consentie, l'aléa disparaît puisque l'assuré cause délibérément le sinistre.

■ Le cas du suicide

En matière de suicide, la question est plus épineuse. En effet, l'article L.132-7 du Code des assurances prévoit une exclusion légale de la garantie décès lorsque l'assuré s'est volontairement donné la mort.

⁶ Dictionnaire de l'Académie de Médecine, version 2020.

⁷ Article L.211-1 du Code de la consommation.

⁸ CA Agen, 1^{er} Civ., 19 juillet 2021, n° 19/01112.

Cette exclusion dure un an à compter de la souscription de l'assurance de personnes. Passé ce délai, ce même article dispose que la garantie décès doit obligatoirement être mise en œuvre en cas de suicide⁹.

Toutefois, il est parfois prévu contractuellement que la garantie décès soit conditionnée à la survenance d'un accident. Or, conditionner la garantie décès à cette notion d'accident (comprenant dans ses critères usuels la non-intentionnalité) conduit à exclure le suicide et apparaît contraire à l'obligation légale de prise en charge du sinistre prévue par l'article L.132-7. Saisie de la question, la Cour de cassation a retenu que, sauf stipulation contraire, le suicide n'est pas garanti par les contrats couvrant uniquement les décès accidentels¹⁰. Il est par conséquent possible pour l'assureur de ne proposer la garantie que pour les décès accidentels.

L'atteinte corporelle ainsi décrite trouve généralement sa source dans une cause extérieure et soudaine pour caractériser un accident.

1.2. Une cause extérieure et soudaine

La cause extérieure constitue l'élément de distinction entre maladie et accident.

1.2.1. Le caractère extérieur de la cause par opposition à la prédisposition pathologique ou la maladie

Il est important de souligner que l'extériorité s'apprécie au regard de la cause de l'atteinte, et non de l'atteinte elle-même.

Il est donc essentiel de déterminer si l'atteinte subie par l'assuré résulte d'un événement extérieur, ou si elle trouve son origine dans des prédispositions physiques internes, ayant contribué à son apparition ou à son aggravation.

⁹ **Article L.132-7 du Code des assurances** : « L'assurance en cas de décès est de nul effet si l'assuré se donne volontairement la mort au cours de la première année du contrat.

L'assurance en cas de décès doit couvrir le risque de suicide à compter de la deuxième année du contrat. En cas d'augmentation des garanties en cours de contrat, le risque de suicide, pour les garanties supplémentaires, est couvert à compter de la deuxième année qui suit cette augmentation. »

Attention, cet article précise néanmoins que « Les dispositions du premier alinéa ne sont pas applicables aux contrats mentionnés à l'article L.141-1 souscrits par les organismes mentionnés au dernier alinéa de l'article L.141-6 ».

¹⁰ Cass. 2^e Civ., 9 février 2023, n° 21-17.681.



Classiquement, une distinction est opérée, dans les contrats d'assurance, entre accident et maladie, en fonction de la nature de la cause de l'atteinte : dans le cas de la maladie, celle-ci résulte de prédispositions pathologiques relevant d'une cause interne propre à l'organisme de l'assuré.

Cette distinction entre maladie et accident est fondamentale, car elle détermine le champ d'application de la garantie. L'accident repose donc sur une cause extérieure identifiable. En revanche, la maladie désigne un processus interne, progressif ou brutal, mais qui trouve son origine dans le fonctionnement de l'organisme, souvent sans intervention d'un facteur extérieur immédiat. Elle peut être d'origine virale, bactérienne, héréditaire ou chronique, et ne répond pas à la condition d'extériorité exigée pour l'accident.

Par exemple, une fracture consécutive à une chute pourrait être qualifiée d'accident, tandis qu'une fracture due à une fragilité osseuse liée à une maladie dégénérative relèvera d'un processus pathologique.

Néanmoins, le fait que l'atteinte prenne la forme d'une maladie ne conduit pas nécessairement à exclure la qualification d'accident en matière assurantielle, dès lors que son origine peut être rattachée à une cause extérieure.

Un litige soumis au Médiateur illustre cette situation : un assuré, placé en arrêt de travail en octobre 2020 en raison d'un syndrome dépressif réactionnel à la suite d'une maltraitance au travail, sollicite la prise en charge de son arrêt de travail au titre de la garantie incapacité temporaire totale (ITT) de son contrat, laquelle ne couvre que les accidents, et non les maladies. L'accident est défini comme suit : « Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré, provenant exclusivement et directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure ».

En l'espèce, l'assuré a appris brutalement la suppression de son poste, ce qui a entraîné un arrêt de travail immédiat avec des signes de souffrance psychique. Au regard des éléments du dossier, aucun antécédent pathologique n'était démontré. Le lien entre l'événement et l'atteinte psychique était direct et exclusif. Ainsi, la qualification d'accident pouvait être retenue.

Toutefois, les pièces médicales ont mis en évidence, après cet événement, l'existence d'un diagnostic de pathologie cardiaque en octobre 2021, pour laquelle l'assuré avait subi une intervention chirurgicale au cours du même mois. La nouvelle situation était donc d'origine pathologique, non liée exclusivement à l'événement de 2020.

Ainsi, à compter d'octobre 2021, il ne s'agissait plus d'un accident, mais d'une maladie exclue du contrat. Par souci d'équité, le Médiateur a invité l'assureur à prendre en charge le sinistre d'octobre 2020 à octobre 2021, période durant laquelle les critères de l'accident étaient remplis.

Cet exemple montre qu'une atteinte psychique peut résulter d'un accident, dès lors qu'elle trouve son origine dans une cause extérieure et répond aux critères définis contractuellement.

Par ailleurs, l'extériorité peut être appréciée à travers le comportement de l'assuré lui-même, notamment lorsqu'un dommage résulte de son attitude imprudente. Bien que cet élément soit imputable à l'assuré, il ne suffit pas à lui seul pour exclure le caractère extérieur de l'accident. La jurisprudence a notamment admis que des imprudences, telles qu'un temps de baignade trop long ou une exposition excessive au soleil, ne privent pas nécessairement l'événement de son caractère accidentel¹¹.

Cependant, lorsque le comportement de l'assuré excède la simple imprudence pour devenir consciemment dangereux, l'analyse diffère : dans ce cas, le critère d'extériorité est écarté.

Ainsi, dans un arrêt rendu par la cour d'appel de Paris, il a été jugé qu'un assuré ayant sauté sur le wagon d'un train à l'arrêt, dans une gare interdite au public, et ayant été électrocuté par un arc électrique, ne pouvait bénéficier de la garantie. La cour a en effet considéré que, l'accident subi par l'assuré étant totalement dû à son comportement dangereux et risqué, c'était à juste titre que le tribunal avait considéré qu'il n'y avait pas de cause extérieure telle que l'exigeait la définition contractuelle de l'accident figurant au contrat¹².

1.2.2. L'appréciation du caractère extérieur de la cause

L'appréciation du caractère de la cause diffère selon les circonstances du dossier.

Pour l'illustrer, nous ferons état de deux types de situations examinées régulièrement par LMA :

- la première, la plus courante, est celle de l'implication, dans l'atteinte corporelle, d'un tiers ou d'un objet ;
- la seconde est celle de l'implication d'un agent pathogène ou d'un choc émotionnel.

Nous verrons que, dans chacune de ces situations, la jurisprudence est assez hétérogène.

¹¹ Soc. 8 avril 1943, RGAT 1943.279, note Besson.

¹² CA Paris, pôle 2, chambre 5, 5 mars 2019, n° RG 17/19193.



La Médiation de l'Assurance a donc été contrainte de dégager des critères lui permettant d'harmoniser ses propositions de solutions, notamment en examinant, lors de l'intervention d'un objet, sa dynamique et sa position.

Illustrations de l'intervention d'un tiers, d'un objet, d'un environnement...

1.2.2.1. L'intervention d'un tiers

La caractérisation d'une cause extérieure fait peu débat en cas de dommages physiques résultant de l'intervention déterminée d'un tiers. C'est moins évident en présence d'une atteinte psychique. Cette dernière, non tangible, peut en effet avoir une cause plus difficile à déterminer, ce qui est source de litiges entre assurés et assureurs. La Médiation de l'Assurance a été sollicitée pour statuer sur certaines de ces situations.

C'est le cas notamment d'un assuré qui a subi une atteinte psychologique à la suite d'un entretien professionnel avec son supérieur hiérarchique. Il ne présentait aucune prédisposition pathologique et aucun autre événement ne pouvait être à l'origine de son sinistre. Le Médiateur a donc constaté l'existence d'une cause extérieure à l'origine de l'incapacité de l'assuré, à savoir son entretien professionnel.

Le Médiateur a également retenu la cause extérieure dans un dossier où l'assuré, enseignant, avait reçu des projectiles lancés par ses élèves et avait par la suite présenté une atteinte psychologique. L'agression de ses élèves constituait alors la cause extérieure.

Dans ces différents exemples, un tiers était visiblement intervenu dans la survenance du sinistre, mais tel n'est pas toujours le cas.

1.2.2.2. L'intervention d'un objet

La jurisprudence n'étant pas toujours harmonisée sur le sujet, LMA a développé de son côté des critères pour proposer des solutions harmonisées concernant l'intervention de l'objet en tant que cause extérieure dans l'atteinte corporelle.

■ Une jurisprudence discordante

L'appréciation de la cause extérieure est laissée à la discrétion des juges du fond, pouvant conduire à des discordances dans les décisions rendues, suivant qu'il est retenu une appréciation restrictive ou extensive de ladite notion.

À titre d'exemples, la Cour de cassation a retenu que résultaient d'un accident un infarctus survenu consécutivement à un effort pour déplacer sa voiture sortie

de la route¹³, ainsi que la lésion résultant de l'effort de l'assuré pour mettre un sac de plâtre dans son véhicule¹⁴. Dans d'autres dossiers similaires, elle a en revanche constaté l'absence d'accident pour une lésion corporelle consécutive à un effort de l'assuré pour retenir le glissement d'une machine¹⁵, et pour le décès de l'assuré résultant d'efforts ayant conduit à des lésions cérébrales¹⁶.

Des divergences d'appréciation des juges du fond sont notamment apparues sur la question des dommages consécutifs à une chute dans l'escalier. L'escalier, duquel un assuré a chuté, constitue-t-il en lui-même une cause extérieure à l'assuré du fait d'une dangerosité qui lui serait inhérente ?

Dans certaines décisions, les juges du fond ont considéré que les escaliers présentaient une dangerosité intrinsèque, de sorte qu'ils étaient considérés comme étant la cause extérieure à l'origine du dommage de l'assuré¹⁷. Néanmoins, les juges du fond ont également pu déduire l'existence d'une cause extérieure, du fait que l'escalier présentait des malfaçons dans sa construction, avec des marches étroites et l'absence de rambarde¹⁸.

❶ La position du Médiateur de l'Assurance : un examen minutieux de la dynamique et de la position de l'objet

Face à cette diversité de décisions jurisprudentielles, le Médiateur a dû adopter une interprétation uniforme et équitable de la notion de cause extérieure pour l'ensemble des dossiers soumis à son attention.

Pour ce faire, il a retenu que la cause du dommage en tant qu'objet ou environnement devait être considérée comme étant extérieure à l'assuré **lorsque celle-ci se trouvait dans un positionnement ou une dynamique dite anormale.**

L'évaluation de l'anormalité ou de la normalité d'un événement tient compte de plusieurs critères. Elle est appréciée au regard de chaque contexte, en considérant les circonstances réelles de l'espèce. En effet, ce qui peut être déterminé comme anormal dans une situation donnée dépend largement des circonstances spécifiques entourant l'événement.

¹³ Cass. 1^{re} Civ., 21 juin 1965, n° 63-12.840.

¹⁴ Cass. 1^{re} Civ., 30 novembre 1971, n° 70-12.949.

¹⁵ Cass. 1^{re} Civ., 8 mai 1979, n° 77-12.940.

¹⁶ Cass. 1^{re} Civ., 8 juillet 1994, n° 92-16.204.

¹⁷ CA Poitiers, 1^{re} Chambre, 22 mars 2022, n° 20/01076 ; CA Rennes, 7^e Chambre, 20 février 2008, n° 06/06427.

¹⁸ CA Agen, 11 juillet 2001, n° 99/01113.



Un objet peut être considéré comme étant dans une dynamique anormale s'il dévie de son usage habituel ou des normes de sécurité qui lui sont propres.

Un escalier ne présentant aucune anomalie ou malfaçon n'est donc pas considéré, du fait de sa simple présence, comme étant une cause extérieure à l'origine du dommage. C'est l'assuré qui chute, pas l'escalier qui le fait chuter.

La cause extérieure : dynamique ou position anormale de l'objet

Dans plusieurs litiges qui lui ont été soumis, le Médiateur a pu constater la présence d'une cause extérieure présentant une dynamique ou une position anormale.

Dans un dossier, un assuré transportait un réfrigérateur lorsque celui-ci a basculé et a chuté sur lui. Le réfrigérateur à l'origine du dommage était en mouvement, ce qui n'est pas sa fonction d'usage. Il présentait donc une dynamique et une position anormales, de sorte que la cause extérieure a été caractérisée¹⁹.

Tel a également été le cas pour un assuré en fauteuil roulant qui est tombé lors d'un transfert de son fauteuil à son lit, car les freins de son fauteuil n'avaient pas été enclenchés par l'infirmière. Dans ces circonstances de transfert de l'assuré de son fauteuil à son lit, les freins auraient dû être actionnés. Le fauteuil roulant présentait alors une dynamique anormale.

Dans le même sens, dans plusieurs réclamations, l'existence d'une cause extérieure a été établie du fait de conditions météorologiques anormales. Par exemple, à la suite de pluies anormalement violentes, un assuré a glissé sur le sol détrempé. Le Médiateur a constaté que le sol était anormalement glissant et présentait donc une dynamique anormale au moment de la chute.

Il en est de même du cas d'un assuré qui a emprunté un escalier en extérieur dans un espace public et est tombé, car sa main a glissé sur la rambarde à cause de la pluie : la rampe de l'escalier était glissante et présentait ainsi une dynamique anormale. En effet, en principe, la rambarde d'un escalier permet à une personne de prendre appui et l'aide ainsi à monter ou à descendre les escaliers. Elle ne constituait donc pas, au moment des faits, un dispositif de sécurité fiable, mais revêtait une dynamique impropre à son utilisation et dangereuse pour l'assuré.

Enfin, dans un autre dossier, de fortes rafales de vent ont projeté la porte d'une remorque sur un assuré, lui causant un dommage physique. Le contexte météorologique difficile a permis de constater l'existence d'une cause extérieure.

¹⁹ Voir l'illustration n° 3 : « Le sinistre provoqué par la chute d'un objet en mouvement est accidentel ».

A *contrario*, le Médiateur a pu décider que l'élément à l'origine du dommage de l'assuré n'était pas extérieur à ce dernier, lorsque celui-ci se trouvait dans une dynamique ou une position normale.

L'absence de cause extérieure : dynamique ou position normale de l'objet

Dans les exemples suivants, le Médiateur a retenu l'absence d'une cause extérieure :

– Un assuré, alors qu'il faisait du jardinage, a ressenti des douleurs en posant le pied sur une pierre et en forçant sur sa jambe pour tenter de ne pas tomber. Le fait qu'une pierre se soit trouvée dans le jardin de l'assuré ne constituait pas une situation anormale.

– Un assuré dans sa voiture a freiné violemment et la palette située à l'arrière de son véhicule s'est déplacée. Il s'est alors garé, et c'est en voulant remettre la palette en place qu'il a ressenti des douleurs. La palette ne présentait alors pas de position anormale, c'est le propre mouvement de l'assuré qui était à l'origine de son dommage.

– Un assuré a voulu éviter de se cogner au meuble à tiroirs de son bureau alors qu'il était agenouillé au sol pour ramasser un trombone, et a alors subi une torsion de son genou. L'incident a été causé par le fait de s'être agenouillé et d'avoir eu un mouvement pour éviter le meuble à tiroirs du bureau, qui se trouvait dans une position normale²⁰.

– Un assuré a subi une atteinte corporelle alors qu'il desserrait une vis très corrodée avec une manivelle. Aucun élément ne permettait d'affirmer que la blessure avait été causée par le mauvais état de la vis et qu'elle n'avait pas été occasionnée par un faux mouvement. La vis présentait donc une dynamique et une position normales.

Lors de l'étude de ces différents litiges, il a été constaté que c'était généralement le propre mouvement de l'assuré qui était à l'origine de son dommage, qui ne pouvait, de fait, être considéré comme trouvant son origine dans une cause extérieure. Ainsi, le Médiateur a estimé que, pour l'assuré qui a subi une torsion du genou en perdant l'équilibre alors qu'il jouait au football, c'était son propre mouvement qui était à l'origine de son dommage.

Par ailleurs, le Médiateur a précisé à plusieurs reprises qu'une chute à elle seule ne permettait pas de retenir la présence d'une cause extérieure. C'est notamment le cas d'un assuré qui invoquait l'existence d'un accident survenu alors qu'il avait été déséquilibré de son escabeau et en était tombé, sans

²⁰ Voir l'illustration n° 4 : « Un objet statique dans sa position normale n'est pas une "cause extérieure" en cas d'accident ».



toutefois rapporter la preuve d'une position ou dynamique anormales de l'escabeau. Un autre assuré, quant à lui, était en train de nettoyer la vitrine de son commerce, lorsqu'il a glissé puis est tombé, sans prouver que sa chute était due à un fait qui lui était extérieur.

Dans ces différentes illustrations, selon le rôle joué par l'objet (position normale ou anormale), la notion de cause extérieure à l'origine de l'atteinte sera ou non retenue.

Parfois, un agent pathogène ou une pathologie pourront être considérés comme une cause extérieure par la jurisprudence et LMA.

Illustrations de l'intervention d'une pathologie ou d'un choc émotionnel ou physique en tant que causes extérieures

Il ne fait aucun doute que la qualification d'accident soulève, en pratique, de réelles difficultés, notamment face à certaines atteintes dues aux infections nosocomiales, à la covid-19, ou encore aux arrêts cardiaques, dont l'extériorité prête souvent à discussion.

1.2.2.3. Les infections nosocomiales

Lorsqu'un assuré contracte une infection nosocomiale à l'hôpital, la question de mobiliser son contrat accident de la vie, notamment lorsqu'il couvre l'accident médical, peut se poser : cette atteinte à la santé peut-elle être qualifiée d'accident au sens du contrat d'assurance ?

La première étape du raisonnement consiste à se référer à la clause du contrat d'assurance définissant l'accident. Il convient de déterminer si la clause exige que le dommage résulte exclusivement d'un événement accidentel, ou si elle admet une causalité non exclusive.

• En présence d'une exigence de causalité exclusive

Si la clause impose que le dommage soit exclusivement causé par un accident, la garantie sera en principe inapplicable en cas d'infection nosocomiale.

En effet, cette dernière survient dans un contexte médical, généralement en lien avec une pathologie préexistante, ce qui rompt le lien de causalité exclusif exigé.

• En l'absence d'exigence de causalité exclusive

En l'absence d'exigence de causalité exclusive, la question centrale devient celle de la nature de l'agent pathogène à l'origine de l'infection.

Deux situations peuvent alors se présenter :

– Si l’infection résulte d’un agent endogène, c’est-à-dire provenant du propre organisme de l’assuré, la condition d’extériorité fait défaut, et la garantie ne peut être mise en œuvre ;

– si l’infection est causée par un agent exogène (tel qu’une bactérie ou un virus contracté dans l’environnement hospitalier), l’événement peut être qualifié d’accident, à condition que cet élément extérieur soit la cause déterminante du dommage, conformément à la théorie de la causalité adéquate.

La preuve de la nature endogène ou exogène de la cause repose sur les éléments médicaux du dossier. Lorsque le rapport d’expertise est incomplet et ne permet pas de trancher avec certitude, il appartient à la partie concernée de solliciter une nouvelle expertise médicale, afin de clarifier les circonstances de survenue de l’infection et de permettre au juge ou au Médiateur de statuer sur l’application de la garantie.

1.2.2.4. Les arrêts cardiaques

La qualification d’accident est également source d’un contentieux abondant lorsqu’il s’agit de lésions internes comme l’arrêt cardiaque, dont l’origine peut osciller entre facteurs pathologiques et événements extérieurs. Or, en pratique, cette distinction n’est pas toujours évidente, en particulier lorsque la lésion interne est déclenchée par un élément émotionnel ou physique soudain.

Ainsi, la survenance d’un arrêt cardiaque n’exclut pas systématiquement la qualification d’accident. Ce qui importe, c’est de savoir si cette lésion a été provoquée par un événement extérieur à l’assuré. La jurisprudence semble fluctuante sur la qualification d’accident en cas d’arrêt cardiaque, avec des décisions variant selon les circonstances et les critères d’appréciation de l’extériorité de l’événement.

Dans un cas relatif au décès d’un cycliste victime d’un arrêt cardiaque, il a été établi que celui-ci avait chuté sur la chaussée alors qu’un autocar le dépassait de manière particulièrement rapprochée. En l’absence de tout contact matériel entre le véhicule et la victime, et en l’absence de lésions physiques ou organiques constatées, la juridiction saisie a néanmoins retenu

que le passage de l'autocar constituait un élément extérieur ayant directement provoqué la chute du cycliste, à l'origine de l'arrêt cardiaque. Ce raisonnement a permis de qualifier cet événement d'accidentel²¹.

Le caractère accidentel a également été reconnu pour un infarctus intervenu à la suite d'efforts faits par l'assuré pour dégager sa voiture sortie de la route, bien que l'accident cardiaque ne soit survenu que le lendemain²².

Dans une autre affaire concernant un homme qui a succombé à un arrêt cardiaque trois heures après avoir reconnu à la morgue le corps de sa fille unique, décédée par suicide, il a été établi que cette émotion intense constituait un événement extérieur, justifiant la qualification d'accident²³.

À l'inverse, dans le cas d'un décès par arrêt cardiaque survenu lors d'un bain de mer, l'assuré ayant été surpris par la température relativement basse de l'eau, la Cour de cassation a estimé que la mort était causée par un « accident vasculaire massif » et a conclu que ce décès ne pouvait pas être qualifié d'accidentel²⁴.

En matière de décès par noyade, la détermination de la cause exacte du décès s'avère particulièrement complexe. On peut considérer que la noyade a engendré un décès accidentel. Néanmoins, en pratique, le contact brutal et prolongé avec l'eau ne sera pas toujours suffisant pour caractériser l'existence d'une cause extérieure, notamment en présence d'une prédisposition pathologique chez l'assuré, telle qu'une défaillance cardiaque. En effet, l'existence d'une telle prédisposition compliquera la démonstration du lien de causalité direct entre la noyade et le décès.

Cette difficulté probatoire a donné lieu à une jurisprudence contrastée. D'un côté, certains arrêts ont reconnu le caractère accidentel du décès par noyade, ouvrant droit à indemnisation²⁵, tandis que d'autres décisions rejettent la mise en œuvre de la garantie au motif de l'absence de cause extérieure exclusive²⁶.

Dans un litige soumis à la Médiation de l'Assurance, l'assuré est décédé à la suite d'un baptême de plongée, ce qui a conduit sa veuve à solliciter la mise en œuvre de la garantie décès accidentel. En l'espèce, le procès-verbal établi par l'officier de police judiciaire mentionnait que la mort de l'assuré était probablement liée à des complications d'une pathologie cardiaque préexistante. En effet, bien que

²¹ CA Grenoble, 14 décembre 1959, RGAT 1960, p. 208, note Besson A.

²² Cass. 1^{er} Civ., 21 juin 1965, n° 63-12.840.

²³ TGI Paris, 7 décembre 1977, RGAT 1979, p. 215, note Besson A., Gaz. Pal. 1978, 2, jur., p. 567.

²⁴ Cass. 1^{er} Civ., 19 janvier 1988, n° 86-13.598.

²⁵ Cass. 1^{er} Civ., 2 avril 1974, n° 73-10.622.

²⁶ Cass. 1^{er} Civ., 6 janvier 1960, n° 58-11.237 ; CA Paris, 26 avril 1974 ; Cass. 1^{er} Civ., 15 février 1995, n° 93-15.685.

l'événement ait été non intentionnel, l'autopsie a révélé que le décès était dû à un problème de santé interne qui ne serait pas survenu sans l'exposition à la plongée. Dès lors, la cause déterminante du décès n'était pas la pratique de la plongée en tant que telle, ce qui a conduit le Médiateur à rejeter la qualification de l'accident.

1.2.2.5. Le cas de la covid-19

La Médiation de l'Assurance a été saisie de plusieurs dossiers relatifs à la prise en charge d'atteintes en lien avec la pandémie de covid-19. De nombreux assurés ont cherché à obtenir une indemnisation au titre d'accidents corporels, invoquant notamment dans le cadre de complications médicales ou de séquelles liées à l'infection par le virus.

Toutefois, la qualification d'accident a été écartée pour ces situations, au motif que la covid-19 ne constitue pas un événement extérieur. En effet, la nature même du virus et de ses effets repose sur un processus biologique interne, ce qui exclut l'élément d'extériorité requis par la définition de l'accident.

1.2.3. Le caractère soudain de la cause extérieure

La soudaineté exigée concerne l'événement accidentel, c'est-à-dire la cause extérieure, et non le dommage lui-même, sous réserve de la définition contractuelle retenue par l'assureur.

L'événement générateur doit survenir dans un laps de temps bref, ce qui exclut les causes étalées dans le temps, de nature répétitive ou progressive.

Toutefois, il est admis que l'atteinte corporelle résultant de cet événement soudain peut se manifester de manière différée dans le temps, sans que cela remette en cause la qualification d'accident au sens du contrat.

1.3. Le lien de causalité

La définition usuelle exige enfin qu'il existe un lien de causalité entre l'atteinte corporelle et la cause extérieure. Ce lien peut être de différentes natures en fonction des stipulations contractuelles.

En effet, les contrats d'assurance peuvent imposer qu'il soit « direct », c'est-à-dire que l'acte ait été la cause immédiate du dommage. De ce fait, aucun autre facteur ne doit s'être interposé entre les deux événements, la cause extérieure et l'atteinte corporelle. À titre d'exemple, la Cour de cassation a retenu que le bénéficiaire d'un contrat d'assurance, dont le souscripteur était décédé en raison d'une réaction allergique aux soins qui lui ont été donnés à



la suite d'un accident, ne pouvait demander la mise en œuvre de la garantie, le lien de causalité entre l'accident et le décès n'étant pas direct²⁷.

Les contrats peuvent également prévoir un lien de causalité exclusif. Dans ce cas, la cause extérieure doit être l'unique source de l'atteinte corporelle.

Une telle exigence conduit nécessairement les assureurs à refuser la garantie en cas de concurrence entre une cause extérieure et des antécédents médicaux potentiellement également sources de l'atteinte corporelle. La Médiation de l'Assurance a ainsi considéré que le lien de causalité n'était pas exclusif en cas de décès par hypoxie²⁸ d'un assuré imputable à un corps étranger par fausse route alors qu'il souffrait d'une dysphagie²⁹.

Toutefois, même si la définition contractuelle de l'accident ne prévoit pas l'exclusivité du lien de causalité, l'existence d'antécédents médicaux peut conduire à un refus de garantie de la part de l'assureur.

En effet, en l'absence de précision de la définition contractuelle, la théorie de la causalité adéquate est souvent retenue par les juges pour apprécier si l'atteinte est due davantage aux antécédents médicaux ou à une cause extérieure. Cette théorie a été largement développée par l'étude des régimes de responsabilité civile délictuelle prévus par le Code civil, et consiste à rechercher et identifier la cause qui a effectivement provoqué le dommage. Ainsi, en présence d'antécédents médicaux, la garantie pourra être délivrée si l'atteinte corporelle peut être attribuée de manière prédominante à la cause extérieure.

²⁷ Cass. 1^{re} Civ., 18 avril 1989, RGAT 89.626.

²⁸ Manque d'apport en oxygène au niveau des tissus de l'organisme.

²⁹ Difficulté ou incapacité à avaler.

2. Les autres critères

Les assureurs s'écartent parfois de la définition usuelle en ajoutant des critères aboutissant à une définition plus restrictive.

Nous présenterons ici les critères supplémentaires les plus récurrents, venant distinguer ces définitions de l'accident de sa définition usuelle.

2.1. L'imprévisibilité

L'imprévisibilité doit s'analyser comme une situation dont la probabilité était infime dans le contexte considéré.

Le refus de garantie fondé sur l'imprévisibilité ne peut donc être opposé que dans certaines situations.

Voici des exemples dans lesquels la Médiation de l'Assurance n'a pas retenu cette imprévisibilité :

❶ Le risque est raisonnablement prévisible

Il s'agit dans ce cas d'une appréciation *in concreto* de la prévisibilité. Aussi, une plaque de verglas est une cause raisonnablement prévisible dans le cadre d'une chute survenue en ski.

À l'inverse, l'imprévisibilité est retenue lorsque l'accident est causé par une plaque de verglas située dans une cour de récréation.

❷ L'assuré s'est placé dans une situation augmentant un risque

Un assuré qui porte et manipule seul un objet particulièrement lourd se place dans une situation à risque, rendant alors prévisible la survenance d'affections dorsales.

❸ L'assuré était atteint d'une pathologie rendant le risque prévisible

Le caractère accidentel n'est pas retenu lors d'une chute si l'assuré est atteint d'une pathologie qui rend prévisible un tel événement.

2.2. Le caractère violent ou brutal de la cause extérieure

Ce critère est apprécié au cas par cas.

Ainsi, si une intoxication par contact avec de l'urine de rat constitue bien une cause extérieure du décès de l'assuré, elle n'est pas violente³⁰.

2.3. La survenance d'un choc

Ce critère implique que l'atteinte corporelle soit due à un impact entre l'assuré et la cause extérieure.

Ainsi, la rupture du tendon d'Achille d'un assuré, à la suite d'une glissade sur un joint mouillé d'un court lors d'une partie de tennis, ne constitue pas un accident en raison de l'absence d'un choc.

Ces critères supplémentaires de définition de la notion d'accident montrent qu'il ne peut y avoir de solution unique pour tous les contrats d'assurance. L'assuré doit lire son contrat pour vérifier si sa situation correspond à la définition qui y est mentionnée. Et l'assureur doit veiller, lors de la conclusion du contrat, à ce que l'assuré ait pris la mesure de la spécificité de la définition de l'accident par rapport au sens courant, auquel il a une tendance naturelle à se référer.

³⁰ Voir l'illustration n° 5 : « L'empoisonnement causé par de l'urine de rat n'est pas un accident lorsque la définition contractuelle exige que la cause extérieure de l'accident soit violente ».

3. L'importance de l'information sur cette définition avant la conclusion du contrat

L'assureur doit avoir informé le souscripteur de façon claire quant à la définition contractuelle de l'accident et, dans certains cas, l'avoir mis en garde au regard de la couverture contractuelle restrictive accordée.

3.1. La définition de l'accident : une information à remettre à l'assuré

Avant de souscrire un contrat d'assurance, l'assuré doit avoir pleinement connaissance de la couverture du contrat d'assurance qui lui est proposé.

Au titre de son devoir d'information, l'assureur est notamment tenu de lui remettre de la documentation contractuelle, comportant la définition de l'accident.

Généralement, l'assureur définit l'accident au sein de ses documents contractuels (conditions générales, notice d'information, conditions particulières, etc.). Cette définition doit être claire et compréhensible par tout consommateur.

Dans l'hypothèse où la définition prévue dans les conditions générales différerait de celle mentionnée dans les conditions particulières, c'est cette dernière qui prévaut et qui est opposable à l'assuré, conformément à un principe ancien, selon lequel le spécial déroge au général, et à l'article 1119 alinéa 3 du Code civil³¹.

3.2. Quelle sanction en cas de manquement de l'assureur à cette obligation d'information ?

En vertu de l'article 1353 du Code civil, la charge de la preuve que l'information a été donnée à l'assuré repose sur l'assureur³².

Le défaut d'information sur cette définition peut, suivant les circonstances, causer un préjudice à l'assuré et engager la responsabilité civile de l'assureur

³¹ **Article 1119 alinéa 3 du Code civil** : « En cas de discordance entre des conditions générales et des conditions particulières, les secondes l'emportent sur les premières ».

³² **Article 1353 du Code civil** : « Celui qui réclame l'exécution d'une obligation doit la prouver. Réciproquement, celui qui se prétend libéré doit justifier le paiement ou le fait qui a produit l'extinction de son obligation ».



ou la responsabilité civile délictuelle de l'intermédiaire d'assurance chargé de la distribution du contrat d'assurance. En effet, dans l'hypothèse d'une définition contractuelle de l'accident plus restrictive que la définition usuelle, l'assuré peut avoir perdu une chance de souscrire un contrat d'assurance sur le marché, prévoyant une définition de l'accident qui lui aurait été plus favorable.

Ainsi, il appartient à l'assureur ou à l'intermédiaire d'assurance de mettre en garde l'assuré sur le caractère restrictif de la définition de l'accident, et ce, préalablement à la mise en place du contrat d'assurance.

Cette mise en garde de la part de l'assureur s'avère nécessaire dans certaines hypothèses où le risque couvert est fortement restreint, comme en témoignent les exemples qui suivent.

Dans un litige soumis au Médiateur, l'assureur opposait une clause selon laquelle toutes les maladies, y compris celles consécutives à un accident, étaient exclues des garanties du contrat. En vertu de cette clause, seules étaient prises en charge les blessures (fractures, par exemple) résultant de l'accident et non les maladies consécutives à un accident³³.

De la même manière dans un autre dossier, un contrat prévoyait que seules certaines « blessures » accidentelles, définies de façon très restrictive et uniquement au sein du lexique des conditions générales, seraient prises en charge.

Dans ces deux cas, l'attention de l'assuré devait être particulièrement attirée, lors de la souscription du contrat d'assurance, sur cette définition restrictive, ce qui impliquait un devoir de mise en garde sur la couverture restante au contrat.

Les assureurs qui ne peuvent pas prouver avoir, dans le cadre de la fiche conseil remise dans la phase précontractuelle et signée par l'assuré, mis en garde l'assuré sur cette définition restrictive et ses conséquences en termes de couverture assurantielle, engageront leur responsabilité en faisant perdre une chance aux assurés de souscrire un contrat qui leur aurait été plus avantageux.

Tous les contrats d'assurance de personnes ne comportent pas nécessairement une définition extrêmement restrictive impliquant un devoir de mise en garde de l'assureur. Dans la majorité des dossiers étudiés par la Médiation de l'Assurance, le différend porte surtout sur la question de savoir si les critères de la définition de l'accident sont bien remplis pour bénéficier de la garantie en cas de sinistre.

³³ Voir l'illustration n° 2 : « L'assuré doit être mis en garde lorsque son contrat prévoit des garanties restrictives ».

4. L'importance de la preuve de l'accident au sens du contrat en cas de sinistre

En vertu de l'article 1353 du Code civil, « Celui qui réclame l'exécution d'une obligation doit la prouver. Réciproquement, celui qui se prétend libéré doit justifier le paiement ou le fait qui a produit l'extinction de son obligation ». Étant précisé que la preuve peut être rapportée par tous moyens, et qu'un commencement de preuve peut être admis dès lors qu'il émane de « celui contre lequel la demande est formée, ou de celui qu'il représente, et qui rend vraisemblable le fait allégué »³⁴.

Par conséquent, c'est à la personne qui demande la mise en œuvre de la garantie qu'il revient de prouver le caractère accidentel du dommage. Il peut s'agir du bénéficiaire assuré ou non assuré ou de ses ayants droit en cas de représentation.

Dans le cadre de la déclaration de sinistre, la personne demandant la mise en œuvre de la garantie devra décrire précisément les circonstances ayant conduit à l'atteinte corporelle et fournir, dans la mesure du possible, les pièces, notamment médicales, permettant de conforter le récit. Cette exigence de précision dès la première déclaration est primordiale, puisque des modifications postérieures de cette version pourraient conduire l'assureur, en l'absence d'élément corroborant ces évolutions, à suspecter une fraude. Il convient néanmoins de rappeler que les relations contractuelles, tout particulièrement dans le cadre d'un contrat d'assurance, sont soumises au principe de bonne foi, par ailleurs présumée, de sorte que la simple suspicion d'une fraude ne doit pas justifier un refus de garantie.

Lorsque les circonstances du sinistre sont obscures, notamment en cas de décès, et que leur preuve est délicate à établir, ce défaut probatoire conduit généralement l'entreprise d'assurance à refuser la garantie. Toutefois, la jurisprudence se contente, le plus souvent, de « présomptions, pourvu qu'elles soient graves, précises et concordantes », au sens de l'article 1353 du Code civil, tirées d'éléments matériels ou moraux, rendant la thèse de l'accident vraisemblable.

Une expertise médicale peut également être mise en œuvre à la demande de l'assureur afin de déterminer les circonstances de l'accident présumé. Il peut

³⁴ **Article 1347 du Code civil** : « Les règles ci-dessus reçoivent exception lorsqu'il existe un commencement de preuve par écrit.

On appelle ainsi tout acte par écrit qui est émané de celui contre lequel la demande est formée, ou de celui qu'il représente, et qui rend vraisemblable le fait allégué (...) ».



s'agir d'un examen médical ou d'une expertise sur pièces en fonction des situations.

Lorsque les conclusions médicales sont contestées par le bénéficiaire ou ses ayants droit, ils peuvent faire réaliser une contre-expertise à leurs frais.

Si une réclamation subsiste ou que l'opinion des experts diverge, les contrats prévoient, dans de nombreux cas, le recours à une tierce expertise ou à une expertise d'arbitrage. Dans ce cas, un tiers expert/arbitre est désigné par les deux parties, qui peuvent se faire assister ou représenter durant toute la procédure par les médecins qui sont précédemment intervenus. Les frais sont alors généralement partagés entre les parties.

Conclusion

L'accident en assurance de personnes demeure une notion complexe et difficile à appréhender, souvent méconnue par une grande partie des assurés, en raison de sa différence par rapport à sa perception dans la vie courante.

En l'absence de définition légale, la notion d'accident relève du principe de la liberté contractuelle. Ainsi, chaque contrat d'assurance peut retenir une définition spécifique de l'accident, qui peut parfois être plus restrictive que celle habituellement retenue dans la majorité des contrats. Il serait toutefois souhaitable que les assureurs rapprochent autant que possible la définition contractuelle de l'accident de celle communément admise dans le langage courant.

En effet, une part importante des litiges en matière d'accident découle précisément de la qualification du caractère extérieur de l'événement. Bien que celui-ci s'oppose par principe à la maladie, c'est-à-dire aux prédispositions internes de l'organisme de l'assuré, rien n'empêche toutefois que, dans certaines situations où la maladie trouve son origine dans un événement extérieur, elle puisse être qualifiée d'accident.

Ainsi, la définition de l'accident nécessite une vigilance particulière lors de la souscription du contrat, afin de garantir que l'assuré prenne sa décision en toute connaissance de cause, en sachant précisément dans quels cas ses garanties seront mobilisables.

Ainsi, il incombe à l'assureur de remplir de manière rigoureuse son obligation d'information à l'égard de l'assuré. Il doit également veiller à alerter l'assuré et à le mettre en garde lorsqu'une définition plus restrictive de l'accident est adoptée.

Aussi, étant donné que la charge de la preuve repose sur l'assuré, il est crucial que celui-ci soit précis et transparent dans sa déclaration de sinistre, afin de faciliter l'appréciation du caractère accidentel de l'événement.

Une exécution diligente de ces obligations permet de favoriser la transparence et la confiance mutuelle entre l'assureur et l'assuré.







Illustrations



Illustrations

La Médiation de l'Assurance est confrontée à un nombre important de réclamations relatives à la notion d'accident, exprimant un réel besoin de transparence et de pédagogie pour les assurés consommateurs.

Les études de cas qui suivent reflètent toutes des situations assez courantes sur lesquelles le Médiateur de l'Assurance a dû se positionner. Ces illustrations n'ont pas pour ambition de couvrir la problématique de manière exhaustive. Elles sont accompagnées de conseils et points de vigilance afin d'aider les assurés consommateurs à mieux comprendre le contenu de leur contrat et également d'encourager les professionnels de l'assurance à adopter de bonnes pratiques.

Les études de cas

1. Un élément météorologique peut constituer un élément extérieur
2. L'assuré doit être mis en garde lorsque son contrat prévoit des garanties restrictives
3. Le sinistre provoqué par la chute d'un objet en mouvement est accidentel
4. Un objet statique dans sa position normale n'est pas une « cause extérieure » en cas d'accident
5. La définition contractuelle de l'accident peut exiger plusieurs critères

1. Un élément météorologique peut constituer un élément extérieur

Lorsque le contrat n'exige pas que l'élément extérieur soit la cause exclusive du dommage, le comportement non intentionnel de l'assuré ne saurait à lui seul exclure l'existence d'un accident.

Contexte

Un assuré a souscrit un contrat d'assurance sur la vie ayant pour objet le versement d'un capital aux bénéficiaires désignés, en cas de décès accidentel de l'assuré. Lors d'un trail au Brésil, l'assuré s'est perdu et est décédé. Son épouse a alors sollicité le versement du capital prévu au contrat.

L'assureur a refusé tout versement, car le décès de l'assuré n'était pas accidentel, dans la mesure où il s'est trompé de chemin et ne présentait pas de lésion corporelle.

Toutefois, pour son épouse, le fait que l'assuré se soit trompé de chemin constituait un événement soudain et imprévu permettant de retenir la qualification de l'accident.

Analyse

L'accident était défini dans la partie des conditions générales relative à la garantie incapacité permanente comme suit : « toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de la victime, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure ».

Le contrat précisait que « les décès ouvrant droit à prestations sont tous les décès à caractère accidentel, c'est-à-dire à l'exclusion des décès dus à la maladie ou à la mort naturelle (...) ».

L'assuré est décédé en raison d'une chute importante des températures (-4 °C enregistrés cette nuit-là), de la fatigue et du manque d'eau et de nourriture.

Le décès de l'assuré résultait donc, d'une part, du fait qu'il se soit perdu lors de sa randonnée et, d'autre part, des intempéries subies.

◀ Solution

Aucun élément ne permettait de constater un antécédent médical qui aurait pu être à l'origine de son décès. Ce dernier résultait bien d'un accident. L'assureur a alors été invité à verser le capital décès prévu au contrat.

Conseils

Afin de délimiter la couverture du contrat comme il le souhaite, l'assureur doit veiller à définir la notion d'accident contractuellement pour chacune des garanties couvertes par le contrat.

Lors de la mise en œuvre du contrat, l'existence d'un accident doit être appréciée au regard des seuls critères ainsi définis.

2. L'assuré doit être mis en garde lorsque son contrat prévoit des garanties restrictives

L'assureur est libre de déterminer l'étendue des garanties qu'il souhaite délivrer. S'il choisit de limiter la couverture à des risques bien précis, l'assureur doit mettre en garde l'assuré sur le caractère restrictif de ses garanties.

Contexte

Un assuré a souscrit un contrat d'assurance destiné à lui garantir le versement d'un capital en cas de dommages corporels résultant d'un accident.

Elle se blesse à la main en chutant à son domicile et est opérée pour une pathologie en lien avec cet événement. Elle estime alors être victime d'un accident, et sollicite le paiement du capital prévu contractuellement en cas de « handicap », car cette pathologie l'empêche d'exercer sa profession de coiffeur.

L'assureur a refusé de faire droit à sa demande, en se fondant sur la clause selon laquelle toutes les maladies, y compris celles consécutives à un accident, étaient exclues des garanties du contrat. Ainsi, l'assureur a précisé que seules les séquelles directes et exclusives de l'accident et hors maladie étaient couvertes.

Analyse

Par principe, les distributeurs d'assurance sont tenus à un devoir de conseil, qui suppose qu'ils guident le contractant dans ses choix, orientent sa décision au regard de sa situation personnelle et le mettent en garde à chaque fois que la garantie envisagée comporte un risque.

L'entreprise d'assurance peut donc être amenée à prodiguer un « conseil négatif » consistant à mettre en garde l'assuré sur les inconvénients du contrat au regard de sa situation personnelle ou du contenu des garanties.

En l'espèce, les maladies consécutives à un accident ne sont pas prises en charge au titre du contrat, ce qui restreint le champ d'application de la garantie aux blessures et non aux maladies engendrées par les blessures.

Or, au regard du tableau des garanties et de l'intitulé de la garantie qui sous-entendait une protection contre tout accident de la vie privée, l'assuré avait légitimement pu croire qu'il serait couvert pour tout dommage consécutif à un accident, y compris en cas de maladie.

En outre, les termes de « blessures » et de « maladie » n'étaient pas définis par le contrat. L'assuré étant un profane du secteur de l'assurance, cela ne lui a donc pas permis d'appréhender suffisamment l'étendue de ses garanties.

Le fait pour une entreprise d'assurance de ne pas alerter l'assuré sur le caractère restrictif des garanties de son contrat constitue un manquement à son devoir de conseil. L'assuré peut alors prétendre, en raison du préjudice subi, c'est-à-dire une perte de chance d'avoir pu souscrire un autre contrat plus adapté, à une indemnisation sous forme de dommages et intérêts.

◀ Solution

L'assureur a été invité, en raison de la perte de chance subie par l'assuré de bénéficier d'une garantie plus adaptée couvrant toutes les conséquences d'un accident, à lui verser à titre de dommages et intérêts 80 % du capital prévu aux termes de la garantie accident.

Conseils

Pour respecter son devoir de conseil, l'entreprise d'assurance doit mettre en garde l'assuré, au moment de la souscription, sur le caractère restrictif de sa couverture.

Pour permettre à l'assuré de comprendre l'étendue de ses garanties, la notice d'information du contrat doit être rédigée de manière à ne pas tromper l'assuré sur la réalité du contenu de ses garanties.

3. Le sinistre provoqué par la chute d'un objet en mouvement est accidentel³⁵

L'existence d'une cause extérieure est retenue lorsque l'élément à l'origine du sinistre présentait une « dynamique anormale ».

Contexte

Un assuré a souscrit un contrat de prévoyance individuelle garantissant le risque d'accident survenu dans l'exercice de sa profession ou dans le cadre de sa vie privée.

Il a été placé en arrêt de travail à la suite d'une blessure, survenue alors qu'il déplaçait un réfrigérateur. Lors du transport, ce dernier a basculé sur l'assuré, qui s'est blessé en effectuant un mouvement pour le rattraper.

L'assureur a refusé de prendre en charge le sinistre, estimant que sa blessure était due à une pathologie médicale préexistante et ne résultait donc pas d'un accident. Il se fondait notamment sur les conclusions d'une expertise médicale qui n'a pas été portée à la connaissance du Médiateur.

Analyse

La notion d'accident était définie par le contrat d'assurance comme « Toute atteinte corporelle provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure. Cas particulier : Les lésions internes (telles que les hernies, lumbagos, entorses...) sont assimilées à des atteintes corporelles garanties à condition qu'elles résultent d'un choc provoqué par un agent extérieur à l'assuré ».

La garantie n'était donc mobilisable qu'à condition que l'atteinte ait été provoquée par une cause extérieure.

Au regard des circonstances du sinistre détaillées par l'assuré, le Médiateur a constaté que le réfrigérateur, en mouvement au moment de l'incident, avait une dynamique anormale qui a entraîné sa blessure.

En effet, si cet élément était resté statique, le sinistre ne serait pas survenu. Aussi, le réfrigérateur constituait un élément extérieur, à l'origine du dommage de l'assuré.

Sa blessure résultant de l'action soudaine de cette cause extérieure, elle répondait à la définition contractuelle de l'accident.

³⁵ Étude réalisée par Tsilla Koubi.

◀ Solution

Les conditions de mise en œuvre de la garantie étant réunies, le Médiateur a invité l'assureur à prendre en charge le sinistre de l'assuré.

Conseil

Un objet en mouvement peut être considéré comme un élément extérieur à l'origine d'un accident, dès lors que ce mouvement présentait une dynamique anormale, sans laquelle le sinistre ne serait pas survenu.

Cette solution est applicable alors même que le mouvement a été initié par l'assuré.

4. Un objet statique dans sa position normale n'est pas une « cause extérieure » en cas d'accident³⁶

Il n'existe pas de cause extérieure lorsque le sinistre résulte d'un processus interne au corps de l'assuré, ni en présence d'un élément extérieur se trouvant dans une position ou une dynamique normale lors de la réalisation du sinistre.

Contexte

Un assuré a souscrit, pour garantir le remboursement de son emprunt, un contrat qui prévoyait notamment la prise en charge des échéances du prêt en cas d'arrêt de travail d'origine accidentelle.

L'assuré s'est agenouillé au sol pour ramasser un trombone tombé sous son bureau. Au moment de se relever, craignant de se cogner au meuble tiroir, il a effectué un mouvement pour l'éviter et s'est blessé le genou. Il a alors été placé en arrêt de travail.

L'assureur a refusé la mise en œuvre de la garantie, au motif que le sinistre n'était pas d'origine accidentelle au sens du contrat.

Analyse

Le contrat d'assurance définit la notion d'accident. Aussi, lorsqu'un assuré demande la prise en charge d'un sinistre au titre d'une garantie assurant la couverture du risque « accident », l'assureur étudie la demande de prise en charge au regard des critères contractuels.

L'accident comprend traditionnellement la notion d'extériorité. Ainsi, l'assureur appréciera l'existence ou non d'un élément extérieur ayant concouru, en tout ou en partie, à la survenance du sinistre.

La cause extérieure s'oppose aux causes internes dues à l'état physique de l'assuré. Ainsi, pour que la cause du dommage soit extérieure, l'assuré ne doit notamment pas présenter de prédispositions pathologiques. En présence d'un élément extérieur, la position ou la dynamique normales ou anormales de cet élément sont également déterminantes.

La blessure de l'assuré a été causée par le fait qu'il se soit agenouillé et ait eu un mouvement pour éviter un objet statique.

³⁶ Étude réalisée par Laura Juchault-Montana.

L'élément extérieur – à savoir le meuble tiroir du bureau – présentait, au moment du sinistre, une position ainsi qu'une dynamique normales. Il n'est donc pas considéré comme une cause extérieure telle que définie par le contrat.

◀ Solution

La notion d'extériorité faisant défaut, le sinistre ne constituait pas un accident au sens du contrat : le sinistre de l'assuré résulte d'un processus interne au corps sans intervention de l'élément extérieur qui présentait une dynamique ou une position normale au moment des faits.

La garantie du contrat, prévoyant la prise en charge des arrêts de travail d'origine accidentelle, ne peut donc pas être mise en œuvre.

Conseil

L'assureur est libre de déterminer les risques qu'il entend garantir. Il peut donc proposer une définition contractuelle de la notion d'accident plus restrictive que l'usage du mot dans le langage courant.

La délivrance d'une garantie en cas de sinistre accidentel dépend de la définition contractuelle de l'accident : les assurés doivent lire attentivement les conditions générales et/ou notice d'information de leur contrat, et notamment le lexique pour connaître l'étendue de leurs garanties.

5. La définition contractuelle de l'accident peut exiger plusieurs critères

L'assureur est libre de déterminer ce qu'il accepte ou non de garantir. Les définitions contractuelles qu'il retient précisent les conditions de mise en œuvre des garanties. Si ces conditions ne sont pas remplies, l'assureur n'est pas tenu de délivrer la garantie.

Contexte

Un particulier a souscrit un contrat ayant pour objet l'indemnisation de certains préjudices en cas de décès consécutif à un accident de la vie privée.

L'assuré, se rongant les ongles régulièrement, avait des plaies aux doigts. Alors qu'il passait ses mains dans l'herbe, elles sont entrées en contact avec de l'urine de rat, ce qui a entraîné sa contamination, une hospitalisation puis son décès deux mois plus tard.

L'assureur a refusé la mise en œuvre de la garantie, au motif que le sinistre n'était pas d'origine accidentelle au sens du contrat.

Analyse

Le contrat d'assurance définit la notion d'accident. Aussi, lorsqu'un assuré demande la prise en charge d'un sinistre au titre d'une garantie assurant la couverture du risque « accident », l'assureur étudie la demande de prise en charge au regard des critères contractuels.

En l'espèce, la définition de l'accident stipulée par le contrat imposait que l'atteinte corporelle ait été provoquée par l'action violente et soudaine d'une cause extérieure.

D'une part, l'urine de rat doit en l'espèce être appréciée comme une cause extérieure vis-à-vis de l'atteinte corporelle dont l'assuré a été victime.

D'autre part, cette cause était soudaine, puisque la contamination est survenue dans un laps de temps très court, le contact entre l'urine de rat et les plaies de l'assuré ayant été de courte durée.

Toutefois, il ne peut être retenu que cette cause extérieure était violente. En effet, une action violente est définie par le dictionnaire Le Robert comme une action « qui exige de la force, de l'énergie » ce qui n'est pas le cas ici.

◀ Solution

L'un des critères imposés par la définition faisant défaut, l'accident ne peut pas être caractérisé. Par conséquent, la garantie ne saurait être délivrée.

Conseils

L'article L.113-5 du Code des assurances impose à l'assureur de délivrer la prestation contractuellement prévue en cas de sinistre, mais il ne peut être tenu au-delà.

Si la définition de l'accident retenue dans le contrat impose des critères précis, ces conditions doivent être remplies pour donner droit à la délivrance de la garantie.

Pour en savoir plus

Site internet de LMA :

mediation-assurance.org

› **Consulter toutes les études de cas de LMA**

CECMC

[Fiches de jurisprudence dégagée par la CECMC](#)

ACPR

[Recommandation 2022-R-01 du 9 mai 2022 sur le traitement des réclamations](#)

Textes législatifs

Liberté contractuelle

› **Code civil, article 1102**

Les cahiers de La Médiation de l'Assurance

La mission première de La Médiation de l'Assurance est de tenter de résoudre, à l'amiable, les différends entre assurés et assureurs, en toute indépendance et en mettant en œuvre sa compétence et son expertise pour apporter rapidement une réponse aux consommateurs.

Notre mission consiste aussi à tirer les leçons de plaintes récurrentes et à dire aux assureurs les dysfonctionnements relevés en vue de corriger certaines pratiques. Nous participons également à l'information du consommateur, en expliquant comment fonctionne un contrat d'assurance et quels sont les droits et les obligations de l'assureur et de l'assuré.

Diffuser nos positions, notre « doctrine », permet qu'elle soit comprise par tous les acteurs et que les solutions que nous proposons puissent finalement être anticipées par les professionnels de l'assurance. Cela est aussi utile aux consommateurs pour mieux comprendre leur contrat et ainsi mieux connaître leurs droits.

Les **Cahiers de La Médiation de l'Assurance** se veulent un outil d'information didactique et simple d'utilisation, à destination tant des professionnels de l'assurance que des assurés et leurs représentants. Ils traitent de sujets variés touchant à tous les domaines de l'assurance : assurance de biens, prévoyance ou assurance vie. Ils explorent le fonctionnement du contrat d'assurance et illustrent les difficultés rencontrées par les consommateurs par des études de cas concrètes.

Directeur de la publication
Arnaud Chneiweiss,
Médiateur de l'Assurance

Responsable scientifique
Karine Mespoulet-Beauves,
responsable du pôle Expertise
Juridique

Comité de rédaction
Marion Chartier, responsable
du pôle Santé et Prévoyance ;
Anissa Eslin, responsable du
pôle Épargne Retraite et
Assurance Vie ; Marie-
Cécile Letzelter, Secrétaire
Générale ; Aude Picart,
responsable du pôle
Assurance de Biens et
Responsabilité

Secrétariat de rédaction
Sébastien Masseret-Bergeron,
responsable organisation et
process ; Clarisse Trillat,
assistante indépendante

ISSN 2968-8809

Retrouvez nos études de cas et les cahiers de LMA sur notre
site internet : mediation-assurance.org

 Suivez-nous sur LinkedIn


LA MÉDIATION
DE L'ASSURANCE